

André Príncipe dos Santos Oliveira da Silva

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

André Príncipe dos Santos Oliveira da Silva

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

André Príncipe dos Santos Oliveira da Silva

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2013

Resumo

O consumo de tabaco constitui um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. Origina uma série de doenças em diferentes órgãos, dos quais a cavidade oral não é excepção, sendo responsável pelo desenvolvimento do cancro oral, de lesões da mucosa oral e de doenças periodontais. A cessação tabágica é a única forma eficaz de erradicar esta doença crónica, e para tal, o Médico Dentista possui um papel precioso avaliando o paciente fumador quanto a achados orais, auto-dependência do tabaco e prontidão para cessar o hábito tabágico.

O estudo em questão têm como objectivo avaliar qual a abordagem dos Médicos Dentistas da freguesia de Paranhos no que respeita à cessação tabágica. Realizou-se um estudo observacional transversal descritivo de carácter quantitativo, através dum inquérito, contendo 41 questões de resposta exclusivamente fechada, resposta fechada ou aberta e resposta exclusivamente aberta que dependendo da resposta dada pode resultar na exclusão de questões. Da recolha de dados resultou uma amostragem de 25 inquéritos válidos.

Após a recolha e análises dos dados, verificou-se que os Médicos Dentistas não realizam consultas de cessação tabágica (96% dos inquiridos) e as principais razões apresentadas são a falta de tempo (52% dos inquiridos) e/ou falta de competências (40% dos inquiridos). Realizam apenas aconselhamento genérico (88% dos inquiridos), para o qual dependem menos que 5 minutos (68% dos inquiridos) e referenciam os pacientes, na sua maioria, para unidades de saúde familiar. Além do mais, apenas 8% dos inquiridos prescrevem medicação para a cessação tabágica, dos quais 4% prescrevem gomas e 4% prescrevem pastilhas e adesivos transdérmicos.

Dada a importância da abordagem dos Médicos Dentistas na área da cessação tabágica, é de enorme relevância que as organizações de saúde dentárias invistam desde cedo na formação dos profissionais de Medicina Dentária.

Abstract

Tobacco smoking is a major public health problem worldwide. Causes a number of diseases in different organs, including the oral cavity is no exception, being responsible for the development of oral cancer from oral lesions and periodontal diseases. Smoking cessation is the only effective way to eradicate this chronic disease, and for that, the dentist has a valuable role by assessing the patient's oral findings regarding smoking, self-tobacco dependence and readiness to stop smoking.

This study aim to assess which approach of Dentists of parish Paranhos with regard to smoking cessation. We conducted a descriptive cross-sectional observational study of a quantitative nature, through a survey containing 41 questions to answer only closed, open or closed response and open response exclusively that depending on the answer given may result in the exclusion of issues. Data collection resulted in a valid sampling of 25 investigations.

After the collection and analysis of data, it was found that the dentists did not hold consultations smoking cessation (96% of respondents) and the main reasons given are lack of time (52% of respondents) and / or lack of competence (40% of respondents). Perform only general advice (88% of respondents), for which spend less than 5 minutes (68% of respondents) and refer patients, mostly for family health units. Furthermore, only 8% of respondents prescribe medication for smoking cessation, including 4% and 4% gums prescribe prescribe tablets and transdermal patches.

Given the importance of the approach of Dentists in the area of smoking cessation, is of enormous importance that organizations invest dental health early in the training of Dental Medicine.

Dedicatória

Á minha mãe, pela força, devoção e luta que me incutiu desde os primórdios da minha vida, que hoje se refletem ao ter alcançado o meu objectivo, ajudar os outros, através da área da saúde.

Á minha tia Bibi, pelo seu incondicionável carinho e apoio neste percurso tão difícil da minha vida. Pelas conversas incontáveis que me levaram ao mundo da curiosidade e da sabedoria.

Á minha tia Lulu, pela preocupação, força e amor demonstrados durante todos estes anos.

Aos meus irmãos, que amo tanto e que estiveram comigo nos bons e maus momentos da minha vida.

Ao meu pai, pela oportunidade de tirar o curso que sempre quis.

Ao meus “amigos da rua”, que foram um pilar imprescindível na minha infância e ainda hoje, dando-me um apoio incondicional, para ter forças para lutar contra os obstáculos da minha vida.

Ao João Hermínio Bastos, “bucha”, pela amizade incondicional, conversas, corridas, momentos felizes que tivemos desde o secundário.

Ao meu binómio, um verdadeiro amigo, Filipe André Todo Bom Rodrigues, que não há palavras para descrever o companheirismo, a compaixão e amizade demonstradas nestes 5 anos.

Aos meus grandes amigos, Pedro Neves, Raunan Romanini, Francisco Zoio, Daniel Baptista, Susana Biscaia, Filipa Toledo, Alexandra Costa, entre outros, pela amizade e companheirismo demonstradas nestes 5 anos.

A todas as pessoas que passaram pela minha vida, e que de algum modo me ajudaram e acolheram como seu amigo.

Agradecimentos

Á minha orientadora Patrícia Almeida Santos, pela orientação e disponibilidade na execução deste trabalho. Pelo apoio e incentivo na realização de trabalhos científicos, nomeadamente, no poster apresentado na I Reunião Anual da SPPI jovem.

Ao professor José Frias Bulhosa, pelo seu contributo imprescindível neste trabalho com o inquérito realizado a Médicos Dentistas pela OMD e ajuda no tratamento de dados no programa SPSS do inquérito que realizei a Médicos Dentistas sobre a sua intervenção na cessação tabágica.

Ao Filipe Gomes, um amigo, pelas dicas e ajudas preciosas na realização deste trabalho e em outros trabalhos científicos. Pela paciência e apoio incondicional que teve comigo mas essencialmente por ter acreditado que era capaz de superar as minhas dificuldades.

A todos os professores que ao longo destes 5 anos contribuíram para a minha formação académica.

A todas as pessoas que me deram força e coragem para a execução e conclusão deste trabalho.

Índice Geral

I. Introdução.....	1
II. Enquadramento Teórico.....	5
1. Hábito Tabágico – um problema de saúde pública.....	5
2. Composição do Tabaco.....	5
3. Dependência do Tabaco.....	6
4. Tabagismo em Portugal.....	8
5. Síndrome de Abstinência.....	8
6. Problemas Periodontais.....	10
7. Lesões na Mucosa Oral Resultante do Fumo do Tabaco	12
7.1. Leucoplasia.....	12
7.2. Eritroplasia.....	13
7.3. Queratose do Fumador.....	14
7.4. Líquen Plano	14
7.5. Cancro Oral.....	15
7.6. Estomatite Nicotínica.....	16
7.7. Candidíase Hiperplásica	16
7.8. Glossite Rombóide Mediana	17
7.9. Língua Pilosa.....	17
8. Benefícios da Cessação Tabágica Para a Saúde	18
9. Estratégias de Prevenção e Controlo.....	19
10. O Processo de Mudança Comportamental	22
a. Fase pré-contemplativa	23
b. Fase contemplativa	23
c. Preparação para a acção	23

d. Acção.....	24
e. Manutenção	24
11. Intervenção na Prática Clínica	25
11.1. Abordagem do Fumador em Contexto Clínico	25
11.2. Intervenção Breve	26
11.3. Intervenção de Apoio Intensivo.....	28
11.4. Programa Estruturado de Consultas de Apoio Intensivo	29
11.5. Aconselhamento e Abordagem Motivacional.....	31
11.6. Tratamento Farmacológico do Tabagismo	32
III. Materiais e Métodos	38
1. Tipo de estudo.....	38
2. Design experimental.....	38
2.1. Amostra	38
2.1.1. Selecção Espacial e Temporal Para a Realização do Estudo	38
2.1.2. Dimensão da Amostra.....	38
3. Recolha de Dados	39
3.1. Instrumentos de Recolha de Dados	39
3.2. Metodologia Utilizada na Recolha de Dados.....	39
4. Tratamento Estatístico dos Dados	39
5. Considerações Éticas.....	40
IV. Resultados	41
V. Discussão de Resultados	49
1. Análise crítica dos resultados.....	49

2. Dificuldades do estudo	54
VI. Conclusão	55
VII. Bibliografia	56
VIII. Anexos	64
Anexo I – Figuras	64
Anexo II – Tabelas	71
Anexo III – Inquérito	76
Anexo IV – Gráficos.....	87
Anexo V – Tabelas de Resumo do Estudo.....	107

Índice de Figuras

Figura 1 – Estrutura química da nicotina	64
Figura 2 – Evolução do consumo diário de tabaco, por género e grupos de idade. Análise comparativa entre os resultados obtidos nos INS 1998/99 e 2005/06.....	64
Figura 3 – Leucoplasia	65
Figura 4 – Eritroplasia.....	65
Figura 5 – Queratose do Fumador	66
Figura 6 – Líquen Plano	66
Figura 7 – Cancro Oral (Superfície ventral da língua/pavimento da boca).....	67
Figura 8 – Estomatite Nicotínica.....	67
Figura 9 – Candidíase Hiperplásica.....	68
Figura 10 – Glossite Rombóide Mediana.....	68
Figura 11 – Língua Pilosa.....	69
Figura 12 – Roda dos Estádios da Mudança	69
Figura 13 – Algoritmo clínico da Intervenção Breve (Modelo dos 5 A's)	70
Figura 14 – Cronograma do Programa de Consultas de Apoio Intensivo.....	70

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Teste de Fagestrom adaptado pela OMD.....	71
Tabela 2 – Terapêutica Farmacológica segundo OMD	71
Tabela 3 – Eficácia da farmacoterapia na cessação tabágica (estudos realizados de 2008 a 2012).....	72

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização da amostra quanto ao género	87
Gráfico 2 – Caracterização da amostra quanto à idade em anos	87
Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto ao ano de conclusão da licenciatura	88
Gráfico 4 – Caracterização da amostra quanto à instituição do ensino pré-graduado...	88
Gráfico 5 – Caracterização da amostra quanto à realização de consultas de cessação tabágica.....	89
Gráfico 6 – Caracterização da amostra quanto às razões da não realização de consultas de cessação tabágica	89
Gráfico 7 – Caracterização da amostra quanto à realização de aconselhamento para cessação tabágica.....	90
Gráfico 8 – Caracterização da amostra quanto ao facto de qual aconselhamento faz para a cessação tabágica	90
Gráfico 9 – Caracterização da amostra quanto ao facto se sente que teve formação pré ou pós graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar	91
Gráfico 10 – Caracterização da amostra quanto ao facto qual formação pré ou pós graduada.....	91
Gráfico 11 – Caracterização da amostra quanto ao facto conhece algum fármaco que possa ajudar a deixar de fumar	92
Gráfico 12 – Caracterização da amostra quanto ao facto conhece a sua pauta terapêutica e respectiva dose de tratamento	92
Gráfico 13 – Caracterização da amostra quanto ao facto já alguma vez prescreveu um fármaco para ajudar a deixar de fumar	93
Gráfico 14 – Caracterização da amostra quanto ao facto qual fármaco prescreveu para ajudar a deixar de fumar	93
Gráfico 15 – Caracterização da amostra quanto ao facto ouvir falar de algum programa de cessação tabágica	94
Gráfico 16 – Caracterização da amostra quanto ao facto de qual/quais programas de cessação tabágica conhece.....	94

Gráfico 17 – Caracterização da amostra quanto ao facto de conhecer a abordagem dos 5 A's	95
Gráfico 18 – Caracterização da amostra quanto ao facto de adoptar questionários ao paciente para compreensão dos motivos que o levaram a começar a fumar	95
Gráfico 19 – Caracterização da amostra quanto ao facto de abordar o paciente se fuma recentemente ou se já fumou	96
Gráfico 20 – Caracterização da amostra quanto ao tempo despendido para abordar o paciente acerca da cessação tabágica.....	96
Gráfico 21 – Caracterização da amostra quanto ao facto de aconselhar e avaliar o paciente disposto a parar de fumar.....	97
Gráfico 22 – Caracterização da amostra quanto à referenciação dos pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar	97
Gráfico 23 – Caracterização da amostra quanto aos serviços de encaminhamento hospitalar ou unidades de saúde familiar.....	98
Gráfico 24 – Caracterização da amostra quanto ao facto de apoiar o paciente prescrevendo tratamentos para a dependência do tabaco	98
Gráfico 25 – Caracterização da amostra quanto à prescrição de tratamentos para a dependência do tabaco.....	99
Gráfico 26 – Caracterização da amostra quanto ao facto de recusar algum tipo de tratamento aos seus pacientes fumadores	99
Gráfico 27 – Caracterização da amostra quando ao facto qual/de que tipo de tratamento recusa	100
Gráfico 28 – Caracterização da amostra quanto ao facto de marcar o 1º dia de abstinência e acompanhar o paciente estabelecendo um programa de seguimento	100
Gráfico 29 – Caracterização da amostra quanto a promover a motivação do paciente quando este refere dúvidas ou não quer deixar de fumar	101
Gráfico 30 – Caracterização da amostra quanto aos parâmetros de promoção da motivação do paciente	101
Gráfico 31 – Caracterização da amostra quanto ao facto se não resultar passa a uma abordagem mais intensiva	102

Gráfico 32 – Caracterização da amostra quanto ao facto sabendo que o paciente não consegue deixar de fumar, suspende a medicação	102
Gráfico 33 – Caracterização da amostra quanto ao facto se o paciente já foi fumador aborda-o por causa da prevenção da recaída	103
Gráfico 34 – Caracterização da amostra quanto ao facto se o paciente nunca fumou dá-lhe um reforço positivo para continuar na abstinência	103
Gráfico 35 – Caracterização da amostra quanto ao facto se trazem resultados as consultas de cessação tabágica	104
Gráfico 36 – Caracterização da amostra quanto ao facto se estaria interessado em participar em formações em cessação tabágica	104
Gráfico 37 – Caracterização da amostra quanto a modalidades de formações em cessação tabágica.....	105
Gráfico 38 – Caracterização da amostra quanto ao facto se acha que as organizações de saúde dentárias deveriam realizar mais acções formativas sobre a cessação tabágica.	105
Gráfico 39 – Caracterização da amostra quanto à importância da cessação tabágica nos procedimentos médico-dentários	106

Índice de Siglas e Abreviaturas

CID – Classificação Internacional das Doenças

CQCT – Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

FCS-UFP – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa

FDA – Food and Drug Administration

FDI – Fédération Dentaire Internationale

FFUP – Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

GUN – Gengivite Ulcerativa Necrosante

INS – Inquérito Nacional de Saúde

ISCS – Instituto de Ciências da Saúde

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHS – Public Health Service

SNC – Sistema Nervoso Central

STN – Sistemas Transdérmicos de Nicotina

TFI – Tobacco Free Initiative

TSN – Terapêutica de Substituição de Nicotina

I. Introdução

O tabagismo é das principais causas de doença e morte evitáveis em todo o mundo (Laniado-Laborín, 2010).

Na actualidade, estima-se que existam 1,1 bilhões de fumadores a nível mundial, sendo que 80% vivem em países de baixa e média renda. O tabagismo é responsável pela morte de cinco milhões de pessoas a cada ano em todo o mundo, ou seja, uma em cada dez mortes na idade adulta são devidas ao uso do tabaco. Estima-se que até 2025 o número total de fumadores atinja 1,6 bilhões de pessoas e que até 2030 o número de óbitos anuais atinja os 10 milhões, sendo que 70% desses óbitos são originários de países em desenvolvimento (Wilson *et al.*, 2012).

Sabe-se ainda que o uso do tabaco é igualmente responsável por uma série de doenças em diferentes órgãos, dos quais a cavidade oral não é excepção, sendo por isso considerado um forte factor de risco para o desenvolvimento de cancro oral, de lesões da mucosa oral e de doenças periodontais (Johnson e Guthmiller, 2007).

Nesse sentido, a cessação tabágica está indicada para todo o fumador, independentemente da idade, estadio da doença ou anos de hábito tabágico (Rebelo, 2004).

É importante lembrar que a dependência do tabaco é uma doença remitente e recidivante crónica, pelo que se deve incentivar todos os fumadores, a cada oportunidade, a fazer repetitivas tentativas para parar de fumar. Por outro lado, as intervenções comportamentais da cessação tabágica são tratamentos eficazes para a dependência do tabaco, ainda que apresentem taxas de sucesso limitadas. No entanto, a eficácia destas intervenções aumenta com a duração da sessão e com a adição de uma medicação adequada. Além disso, um número maior de medicamentos eficazes e/ou combinações de medicações estão actualmente disponíveis e devem ser utilizadas para todos os fumadores que estão motivados para deixar de fumar. De todos os medicamentos de primeira linha fornecidos como monoterapia, a vareniclina parece ser a mais eficaz. Pelos motivos expostos os profissionais de saúde devem aproveitar todas as oportunidades para incentivar a cessação tabágica e proporcionar um tratamento eficaz. Se o fizerem de forma

consistente, vão ajudar a garantir declínios substanciais na morbidade e mortalidade e na melhoria da qualidade de vida dos seus pacientes (Hays, Ebbert e Sood, 2009).

Nesta jornada de diminuir a morbidade e mortalidade decorrentes do uso do tabaco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem feito esforços para controlar o consumo de tabaco a nível mundial através da utilização de diferentes abordagens que incluem o aumento de impostos, a educação pública através de massivas campanhas na comunicação social, as advertências de saúde, as restrições no *marketing* do tabaco, e ainda através da introdução de ambientes fechados livres de tabaco.

O Médico Dentista, segundo diversas organizações a nível mundial, está numa posição crucial no que toca a avaliar os seus pacientes quanto a achados orais, auto-dependência do tabaco e nível de prontidão para cessar o hábito tabágico. É, desta forma, o profissional de saúde mais qualificado para despistar qualquer anomalia a nível da saúde, pois é a partir da cavidade oral que as doenças decorrentes do consumo do tabaco mais se manifestam. Nesta medida, faz sentido que seja o Médico Dentista, o profissional de saúde mais apropriado para dar aconselhamento e ajuda farmacoterapêutica ao paciente fumador para cessar o hábito, melhorando não só a sua saúde oral, mas também a sua saúde geral (Albert e Ward, 2012).

A escolha deste tema assenta no facto de, desde sempre, ter sido uma pessoa apologista de que o tabaco é uma ameaça à saúde pública e, por este motivo, tentei por variadíssimas vezes dissuadir quem praticava este hábito. Agora, como futuro Médico Dentista, achei pertinente compreender melhor a actuação nas consultas de cessação tabágica.

O objectivo deste estudo foi avaliar qual a abordagem dos Médicos Dentistas da freguesia de Paranhos no que respeita à cessação tabágica dos seus pacientes.

Nesse sentido, procedeu-se à realização de um inquérito a 25 Médicos Dentistas dessa freguesia. O presente trabalho é constituído inicialmente por um enquadramento teórico do tema, para uma melhor compreensão da temática abordada e, por uma segunda parte, onde se apresenta a metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão do estudo propriamente dito.

A pesquisa para o enquadramento teórico foi limitada a revisões, revisões sistemáticas e meta-análises publicadas em inglês e português até Julho de 2013, em humanos, dando principal ênfase aos artigos publicados nos últimos dez anos. Utilizou-se os motores de busca *Pubmed*, *Science Direct*, *B-On*, *Elvesier*, *SciELO* e *Wiley*. Recorreu-se às seguintes palavras e expressões-chave: “smoking cessation AND dental”, “smoking cessation AND intervention”, “smoking cessation AND oral diseases”, “smoking cessation AND periodontal disease”, “smoking cessation AND pharmacotherapy”, “oral lichen planus”, “hyperplastic oral candidiasis”, “erythroplasia oral” e “smoking cessation”. Da conjugação das diferentes palavras-chave resultaram 2748 artigos. Destes, com base na leitura do título e respectivo *abstract*, foram incluídos 122 artigos. Após a leitura dos artigos selecionados na íntegra optou-se por excluir ainda 66 artigos, por não se enquadrarem no âmbito deste trabalho ou por terem sido impossíveis de adquirir, o que resultou num total de 56 artigos consultados. Para complementar foram ainda utilizadas cinco obras literárias e informação proveniente do site da Direcção-Geral da Saúde (DGS), da Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (FFUP), da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e das plataformas Candidíase e Prime Health Channel. Obtiveram-se, no final, 75 referências bibliográficas.

A pesquisa para a realização do inquérito baseou-se no algoritmo clínico da intervenção breve (Modelo dos 5 As), do ficheiro Tabaco ou Saúde Oral: Guia para profissionais de saúde oral presentes no site da OMD e do inquérito realizado pela OMD a Médicos Dentistas sobre a cessação tabágica referente ao ano de 2012.

Os resultados do presente estudo revelaram que os Médicos Dentistas não realizam consultas de cessação tabágica (96% dos inquiridos) e as principais razões apresentadas são a falta de tempo (52% dos inquiridos) e/ou falta de competências (40% dos inquiridos). Realizam, no entanto, aconselhamento genérico (88% dos inquiridos), dependendo menos que 5 minutos (68% dos inquiridos) e referenciam os pacientes para unidades de saúde familiar (8% dos inquiridos). Além disso, apenas 8% dos inquiridos prescrevem medicação para cessação tabágica, dos quais 4% prescrevem gomas e 4% prescrevem pastilhas e adesivos transdérmicos.

Da análises dos dados, podemos concluir que a abordagem do Médico Dentista é limitada, devido a razões comuns como a falta de tempo e/ou falta de competências e que por isso

encaminha os seus pacientes fumadores na sua maioria para unidades de saúde familiar. É de referir que entre os poucos que prescrevem medicação para a cessação tabágica, a terapêutica de eleição é a Terapêutica de substituição de nicotina. Por estes motivos, é notório que as organizações de saúde dentárias têm que investir mais em acções formativas subordinadas à temática da cessação tabágica. Por outro lado, seria interessante a implementação, nas componentes clínicas dos cursos de Medicina Dentária, de um protocolo de cessação tabágica em que os estudantes e futuros Médicos Dentistas pudessem praticar.

II. Enquadramento Teórico

1. Hábito Tabágico – um problema de saúde pública

O tabagismo é um problema de saúde pública que mata actualmente cerca de 5 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo (Brose *et al.*, 2011). Afecta a saúde em geral, na medida em que provoca dependência, doenças evitáveis, incapacidade e morte. O tabagismo aumenta também o risco de desenvolvimento de cancro na cavidade oral, de doenças periodontais e de outras afecções orais, além de afectar negativamente todo o tipo de terapia oral. A *Fédération Dentaire Internationale* (FDI) solicita às organizações associadas e a todos os profissionais de saúde oral que tomem medidas urgentes e categóricas para reduzir o consumo de tabaco e a adição à nicotina da população. A FDI também exorta todos os profissionais de saúde oral para incorporarem a prevenção do tabagismo e consultas de cessação tabágica no exercício diário da sua actividade (Beaglehole e Benzian, 2006).

2. Composição do Tabaco

O tabaco é a mistura de mais de 4000 substâncias tóxicas diferentes e é composto de duas fases fundamentais: uma fase gasosa e uma fase particulada. Estas substâncias podem surgir na folha do tabaco por absorção, pela planta, de substâncias existentes no solo ou no ar, como os pesticidas e os fungicidas; outras são produzidas durante o processo de cura e de armazenamento da folha (WHO, 2006).

Nesta lista milenar, a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão têm um destaque especial como os produtos mais nocivos para o organismo (WHO, 2006).

A nicotina é um alcalóide vegetal existente nas folhas do género *Nicotiana*. Denomina-se quimicamente como uma amina terciária composta de anéis de piridina e piperidina. Possui propriedades psicoactivas de estimulação do sistema nervoso central (SNC), pois atinge o cérebro em poucos segundos, após a absorção através dos pulmões e/ou mucosa oral, fossas nasais e orofaringe, espalhando-se através da corrente sanguínea a todo o organismo (Figura 1, Anexo I) (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

A nicotina age sobre os receptores nicotínicos do SNC, proporcionando efeitos euforizantes ou prazerosos, no entanto, o seu uso compulsivo leva à sua dependência (McNeil, Piccenna e Ioannides-Demos, 2010).

O alcatrão é o conjunto de substâncias cancerígenas presentes no fumo do tabaco e é formado a partir da combustão dos derivados do tabaco. Contém mais de 3500 substâncias químicas, das quais se destacam dois poderosos cancerígenos, os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e as nitrosaminas. Caracteriza-se por ser uma substância gomosa e acastanhada na sua forma condensada, sendo o principal responsável pelo amarelecimento dos dedos e dos dentes dos fumadores (WHO, 2006).

O monóxido de carbono é um gás inodoro de elevada toxicidade presente em grande concentração no fumo do tabaco. Este gás tem uma grande facilidade em se associar à hemoglobina, diminuindo a capacidade de transporte de oxigénio (*U.S. Department of Health and Human Services*, 1988).

3. Dependência do Tabaco

A dependência surge do uso continuado do tabaco. Neste processo, a nicotina assume um papel primordial, ao tratar-se de uma substância psicoactiva com elevada capacidade para induzir dependência física e psicológica. Ao ser absorvida, atinge o cérebro em menos de dez segundos. Decorrente disto, activa os receptores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo, levando à produção de dopamina e à sua libertação, através dos terminais neuronais presentes no núcleo *accubens*, zona cerebral muito importante na aprendizagem, em particular na atenção e na memória, bem como na motivação dos comportamentos (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

Como substância estimulante diminui o tempo de reacção, melhora a atenção e a memória, reduz o stress e a ansiedade e diminui o apetite. Porém, a exposição continuada à mesma quantidade induz tolerância, o que diminui os efeitos inicialmente verificados, levando a aumentar as doses consumidas para obter os efeitos desejados (WHO, 2004).

Na 10^a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da OMS desde 1992, a dependência de substâncias contempla seis critérios. A presença de, pelo menos, três desses critérios, de forma repetida, no ano anterior, indica a existência de dependência.

Os critérios preconizados para a dependência de acordo com a CID-10 são os seguintes (Batra, 2011):

1. Um forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldade em controlar o consumo, em termos do seu início, do seu termo ou da sua intensidade;
3. Síndrome de abstinência;
4. Desenvolvimento de tolerância;
5. Perda progressiva do interesse por actividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização;
6. Persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes da doença.

Para a iniciação do processo de dependência, além dos aspectos neuroquímicos de adição da nicotina, outros factores parecem igualmente estar envolvidos, tais como: factores de aprendizagem e sociais, factores associados à personalidade, factores genéticos e factores de natureza económica (WHO, 2004).

Diversos estudos apontam a adolescência como a fase de iniciação do consumo, devido a factores como as normas e os valores da família e do grupo de pares, determinadas características pessoais, como os factores sociodemográficos (idade, género, classe social, nível de escolaridade), a adopção de comportamentos problemáticos, a impulsividade, o baixo rendimento académico, a rebeldia e o consumo de álcool e de outras substâncias, bem como a facilidade de acesso aos produtos do tabaco (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

4. Tabagismo em Portugal

A cessação abrupta ou a redução dos produtos contendo nicotina após um período prolongado leva ao aparecimento de sintomas, como a irritabilidade, a ansiedade, a depressão, a inquietação, o mal-estar físico, as dores de cabeça e alterações do sono, entre outros, para além de ocorrer a necessidade urgente em pegar num cigarro, aumento do apetite e dificuldade de concentração (Karnath, 2002).

Os sintomas têm início às 2-12 horas até que atingem um pico entre as 24-48 horas. Duram normalmente cerca de 4 semanas, mas a sensação de fome e a necessidade de nicotina pode durar 6 ou mais meses (WHO, 2004).

Para reverter os sintomas, o consumidor só tem de voltar a consumir repetidamente para se voltar a sentir bem.

Mesmo após largos períodos de abstinência (meses ou anos), acontecimentos como o stress ou factores associados ao comportamento de fumar podem resultar na agudização dos sintomas de abstinência e, em muitos casos, conduzem à recidiva (WHO, 2004).

5. Síndrome de Abstinência

Os dados sobre hábitos tabágicos em Portugal mostram que o padrão de consumo de tabaco se assemelha mais ao verificado em países do Leste Europeu, onde a prevalência de fumadores é superior nos homens. Assiste-se ainda a um aumento gradual da prevalência de mulheres fumadoras, especialmente entre as mais novas e escolarizadas, salientando-se que embora crescente, a proporção de mulheres portuguesas que fuma diariamente é inferior à média europeia (Lunet e Barros, 2004).

Tendo por base o último inquérito nacional de saúde (4ºINS) realizado em 2005/2006, acerca do consumo e exposição ao tabaco na população portuguesa, os resultados revelaram que 20,9% da população residente em Portugal (incluindo as regiões autónomas) era fumadora (30,9% do género masculino e 11,8% do género feminino) e que 18,7% fumava diariamente (Figura 2, Anexo I) (INS, 2005/2006).

A prevalência mais elevada de homens que fumavam diariamente foi observada na Região Autónoma dos Açores (29,9%). Entre as mulheres, verifica-se uma maior prevalência na região de Lisboa (15,4%), seguido do Algarve (12,8%). A Região Autónoma dos Açores destaca-se das restantes regiões do país não só pela maior prevalência de fumadores do sexo masculino, mas também devido à maior quantidade média de cigarros consumidos por dia (23 cigarros/dia) e ainda pelo facto de se tratar da região onde os indivíduos do sexo masculino iniciaram mais precocemente o hábito de fumar, aos 15 anos (Figura 2, Anexo I) (INS, 2005/2006).

Os resultados obtidos no 4ºINS confirmam a relativamente baixa prevalência de fumadores na população portuguesa, quando comparados com países como Itália e Espanha. De acordo com os dados do Eurobarómetro, 29% dos portugueses fumava cigarros em 2002, comparativamente com 27% em 2005. Por outro lado 39% dos espanhóis fumava em 2002, em comparação com os 29% que fumava em 2005. Já os italianos, 34% fumavam em 2002 e 27% em 2005. Apenas alguns países Europeus revelaram valores mais baixos de prevalência nos mesmos inquéritos, como o caso de França (36% em 2002 e 25% em 2005) e Reino Unido (33% em 2002 e 22% em 2005) (Eurobarómetro, 2006).

Na vida quotidiana, os consumidores de tabaco recebem advertências com vista ao seu comportamento pouco saudável. Artigos e programas nos *media*, cartazes nos espaços públicos, desejo de amigos e familiares de não estarem expostos ao consumo passivo de tabaco, são algumas das situações a que os fumadores têm de se sujeitar na sua vida diária. Além disso, são feitos esforços para reduzir a prevalência do consumo de tabaco, através do aumento de impostos sobre os produtos e limitando a publicidade pela indústria do tabaco. O apoio de Médicos e Médicos Dentistas está incluído nestes esforços, por se tratar do interesse da saúde pública (Ramseier e Fundak, 2009).

Neste sentido, também a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) portuguesa, preocupada com o impacto do tabaco na saúde oral, realiza assiduamente campanhas anti-tabágicas, promovendo sessões comemorativas do “Dia Mundial Sem Tabaco” e palestras subordinadas ao tema prevenção e diagnóstico do cancro oral. Disponibiliza ainda, informação adicional aos seus profissionais através da campanha “Tobacco Free Initiative (TFI)” e um vídeo promocional criados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Por

outro lado, tem também realizado inquéritos aos Médicos Dentistas a fim de recolher dados sobre as suas actuações e conhecimento acerca desta temática, tendo e ainda traduzido o Guia “Tabaco ou Saúde Oral: Guia para profissionais de Saúde Oral” criado pela FDI em 2005 (OMD, 2006, 2011 e 2013).

Apesar das medidas serem geralmente conhecidas, numa análise final serão sempre os consumidores que decidirão se estarão dispostos a mudar o seu comportamento e a terminar o seu consumo de tabaco (Ramseier e Fundak, 2009).

6. Problemas Periodontais

O tabaco é um dos factores de risco mais importantes para o aparecimento, progressão e severidade da periodontite, contribuindo em larga escala para a perda de dentes (Gordon *et al.*, 2009; Albert e Ward, 2012).

Existe evidência suficiente e inequívoca duma relação dose-efeito ou dose-dependente entre o hábito tabágico e a severidade da doença periodontal, com associação entre a quantidade de cigarros consumidos e o tempo que um indivíduo fuma e a perda de inserção conjuntiva e de osso alveolar, ou seja, quanto maior o número de cigarros consumidos e quanto maior o período de exposição ao hábito, maior será a sua perda de inserção clínica. Além do mais, a destruição periodontal em indivíduos que param de fumar progride mais lentamente (Carvalho, 2003).

Os tecidos gengivais em fumadores caracterizam-se por um aumento da queratinização, que mascara os sinais clínicos de inflamação gengival e suprime a ocorrência de hemorragia à sondagem, decorrente do efeito vasoconstritor da nicotina. Apesar da aparência clínica enganosa, a literatura é unânime ao demonstrar que a prevalência de periodontite, expressa como a perda do nível de inserção clínico e/ou radiográfico da perda de suporte ósseo alveolar, é maior em fumadores comparativamente a não fumadores. Essa diferença em termos de prevalência persiste mesmo após ajustados os factores idade, género, raça, nível educacional e nível de higiene oral (Johnson e Hill, 2004; Albert e Ward, 2012).

A relação com o tabaco é válida tanto para a periodontite crónica, como para a periodontite agressiva, mas também no caso das doenças periodontais necrosantes, como a gengivite ulcerativa necrosante (GUN) cuja etiologia está fortemente relacionada com o hábito tabágico. Embora a causa exacta desta doença permaneça desconhecida, tende a ocorrer mais frequentemente em adolescentes e jovens adultos. A ação vasoconstritora dos componentes do tabaco, nomeadamente da nicotina, entre outros, contribui fortemente para a necrose tecidual, ulceração e dor local que caracterizam a patologia (Sham *et al.*, 2003).

O tabaco pode alterar a composição da microbiota subgengival, resultando numa maior colonização por bactérias patogénicas, nomeadamente *Porphyromonas gingivalis* e *Tannerella forsythia*. Mesmo em localizações saudáveis, ou seja, sem perda de inserção, nos fumadores a microflora é consideravelmente mais patogénica comparativamente a localizações semelhantes em indivíduos não fumadores (Albert e Ward, 2012).

Os indivíduos fumadores comparativamente aos indivíduos não fumadores apresentam um risco 5 a 20 vezes superior de apresentar problemas periodontais. Clinicamente é frequente apresentarem maior número de bolsas periodontais com profundidades de sondagem mais profundas, mais recessão gengival, maior perda do nível de inserção clínico, maior perda óssea e menos dentes. Exibem também mais depósitos de cálculo supragengival (Johnson e Hill, 2004; Binnie, 2008).

A diferença mais marcante entre fumadores e não fumadores, no que respeita à profundidade de sondagem ou à perda de inserção clínica, ocorre na região palatina dos dentes da maxila e por lingual dos dentes antero-inferiores, sugerindo a possibilidade do tabaco causar um efeito local pelo contacto directo do fumo do tabaco com os tecidos periodontais (Johnson e Guthmiller, 2007).

Vários factores contribuem para os efeitos de deterioração periodontal através do fumo do tabaco, incluindo alterações nos factores microbianos e da resposta hospedeira (Hilgers e Kinane, 2004).

Sabe-se ainda que os fumadores respondem menos favoravelmente à terapêutica periodontal instituída, comparativamente aos não fumadores (Sham *et al.*, 2003).

O tratamento periodontal não cirúrgico, a principal modalidade de tratamento, confere maiores reduções na profundidade de sondagem em não fumadores do que em fumadores (Heasman *et al.*, 2006).

Esta diferença na resposta é igualmente bem pronunciada em tratamentos mais elaborados, como é o caso dos tratamentos regenerativos periodontais que são “menos bem” sucedidos e menos previsíveis em fumadores (Heasman *et al.*, 2006).

É, no entanto, importante ressaltar que embora os não fumadores respondam melhor à terapêutica periodontal comparativamente aos fumadores, existe evidência substancial de melhoramento clínico por parte dos fumadores após a terapêutica, indicando que o tabaco, como factor de risco, irá comprometer mas não impedir a regeneração ou reparação dos tecidos (Heasman *et al.*, 2006).

7. Lesões na Mucosa Oral Resultante do Fumo do Tabaco

As lesões da mucosa oral ocorrem devido à presença de agentes cancerígenos, toxinas e irritantes presentes no tabaco, que sofrem um efeito de secagem. Devido a este efeito de secagem, os tecidos orais ficam expostos a um aquecimento decorrente da presença do fumo do tabaco na cavidade oral, o que leva também a uma alteração do pH, originando uma resposta imune alterada e ruptura da membrana da mucosa que leva ao aumento da exposição a vírus e infecções fúngicas (Albert e Ward, 2012). Na panóplia de lesões na mucosa oral, as resultantes do fumo do tabaco e que abordaremos a seguir são a leucoplasia, a eritroplasia, a queratose do fumador, o líquen plano, o cancro oral, a estomatite nicotínica, a candidíase hiperplásica, a glossite rombóide mediana e a língua pilosa.

7.1. Leucoplasia

A leucoplasia é definida como uma mancha branca, sobre a mucosa oral, que não pode ser classificada clinicamente como qualquer outra doença (Sham *et al.*, 2003).

É a lesão pré-maligna mais comum associada ao consumo de tabaco. A sua apresentação clínica é variável, podendo surgir sob a forma lisa, fissurada, nodular ou ondulada e a cor é predominantemente branca. A leucoplasia varia de acordo com o tamanho e distribuição na cavidade oral (mucosa jugal, lábios, língua e, menos frequentemente, no pavimento da boca). Clinicamente, existem dois tipos de leucoplasia: a homogénea e a não homogénea. Distinguem-se com base na cor da superfície, aparência clínica e características morfológicas. O tipo de leucoplasia parece ter alguma influência no prognóstico e no risco de transformação maligna da lesão, que é o caso da leucoplasia não homogénea. As lesões homogéneas são uniformemente planas, finas e apresentam fendas superficiais na sua superfície. Por seu lado, as lesões não homogéneas incluem leucoplasias salpicadas (lesões brancas e vermelhas com aparência predominantemente branca, também denominadas eritroleucoplasias), leucoplasias nodulares e lesões verrucosas, entidades generalizadas raras e multifocais conhecidas como leucoplasias verrucosas proliferativas (Warnakulasuriya *et al.*, 2010).

A frequência e duração do hábito tabágico está diretamente relacionada com a prevalência da leucoplasia. De acordo com a literatura científica consultada, os fumadores têm um risco seis vezes superior, comparativamente aos não fumadores, de desenvolverem leucoplasia (Binnie, 2008).

Apesar das lesões poderem ser encontradas em qualquer fase de um processo contínuo, elas são classificadas em três graus, com o grau 3 sendo o mais grave. No entanto, é importante referir que as lesões de qualquer grau podem converter-se em carcinomas de células escamosas com uma taxa de malignidade de 3% a 5% (Figura 3, Anexo I) (Neville e Day, 2002).

7.2. Eritroplasia

Define-se como eritroplasia uma mancha ou placa vermelha que não pode ser caracterizada clinicamente ou patologicamente como qualquer outra condição. A sua causa é desconhecida, mas presume-se que esteja associada ao carcinoma das células escamosas invasivo da boca. Pode ocorrer associada à leucoplasia, sendo encontrada concomitantemente em grande parte dos casos de carcinoma das células escamosas

inicial. Geralmente é assintomática e, caso haja associação com uma leucoplasia adjacente, reporta a uma eritroleucoplasia. Apesar da eritroplasia ser menos frequente que a leucoplasia, tem, no entanto, maior tendência a apresentar displasia grave no momento da biópsia e a desenvolver malignidade invasiva posteriormente. Clinicamente predomina em homens mais velhos, entre os 65 e os 74 anos, nos seguintes locais: pavimento da boca, língua e palato mole. Observam-se máculas ou placas eritematosas bem demarcadas, de textura macia e aveludada, decorrente da mucosa estar alterada (Figura 4, Anexo I) (Neville *et al.*, 2004; Martins, Giovani e Villalba, 2008; Alfaya *et al.*, 2012).

7.3. Queratose do Fumador

A queratose do fumador é uma pigmentação por melanina estimulada pelo hábito de fumar que ocorre comumente na gengiva vestibular anterior, ainda que possa afectar qualquer superfície da mucosa oral. Está relacionada com componentes do tabaco (aminas policíclicas, tais como nicotina e benzopirenos) que estimulam os melanócitos a produzir melanina que origina uma resposta protectora da mucosa oral contra estas substâncias nocivas do tabaco. Os fumadores de cachimbo, por seu lado, exibem pigmentações na mucosa da comissura e na mucosa jugal, enquanto os fumadores inversos mostram alterações no palato duro. Ainda de referir que, as hormonas sexuais femininas poderão ser modificadoras deste tipo de pigmentação, nomeadamente aquando da toma de contraceptivos orais, sendo as mulheres mais afectadas que os homens. Concluindo, a intensidade da pigmentação parece estar relacionada com o tipo e dose fumada. O tratamento passa pela cessação do hábito tabágico (Figura 5, Anexo I) (Neville *et al.*, 2004).

7.4. Líquen Plano

O líquen plano é uma doença mucocutânea bastante comum na cavidade oral que afecta predominantemente o sexo feminino, ainda que segundo Laeijendecker *et al.* (2005) também possa atingir indivíduos com menos de 18 anos, preservando as mesmas características clínicas com as quais se manifesta nos adultos, porém com prognóstico mais favorável. A sua origem reporta-se a estados de stress, à ingestão de alimentos como tomate, frutas cítricas e pratos condimentados, podendo igualmente estar relacionado com procedimentos dentários e doenças sistémicas. O consumo exagerado de álcool e de tabaco em todas as suas formas têm sido associados a períodos de exacerbação da doença.

Segundo a literatura descrita, o líquen plano pode apresentar-se clinicamente sob seis formas, a reticular, a erosiva, a atrófica, “em placa”, a papular e a bolhosa. Clinicamente, o líquen plano “em placa”, atrófico e erosivo são descritos como agravantes para transformação maligna. Os locais intra-orais mais frequentemente afectados são a mucosa jugal, a língua e as gengivas, num padrão quase sempre simétrico. O diagnóstico desta lesão é feito sempre conjugando os dados clínicos com os resultados histopatológicos. O tratamento das lesões têm como objectivo principal o alívio dos sintomas de desconforto e da dor, pois a cura nem sempre é possível. A terapêutica consiste no uso de corticoesteróides, que têm a capacidade de modular a resposta inflamatória e imunológica. A adição de antifúngicos ao tratamento potencializa os resultados clínicos (Figura 6, Anexo I) (Garcia de Sousa e Rosa, 2008).

7.5. Cancro Oral

O cancro oral é denominado por carcinoma de células escamosas ou também chamado de carcinoma epidermóide oral, carcinoma escamocelular e carcinoma espinocelular (presente em 90% a 95% de todos os cancros orais), e o papel do tabaco no seu desenvolvimento é bem reconhecido. O prognóstico a longo prazo é bastante desfavorável e o tratamento pode conduzir a problemas funcionais e estéticos (Sham *et al.*, 2003).

Na sua fase inicial é, de um modo geral, assintomático ou manifesta-se por algum desconforto associado à irritação da mucosa. É passível de ser detectado devido às alterações na mucosa oral tanto pelo paciente, através do auto-exame, como pelo profissional durante o exame clínico de rotina, viabilizando-se assim, o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o tratamento com o mínimo de sequelas. O diagnóstico precoce do cancro oral interfere de forma decisiva na efectividade dos recursos terapêuticos e no tempo de sobrevida do paciente. Quando a neoplasia da cavidade oral é detectada na sua fase inicial, o índice de sobrevivência aumenta de forma considerável. O diagnóstico numa fase inicial da doença, combinado com um tratamento adequado, parece ser o método mais eficaz para o controlo do cancro oral. É mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino, com uma proporção de 2:1. A sua localização mais comum é no pavimento da boca, bordo lateral da língua e no palato mole. Mais de 90% destes cancros são designados por carcinomas afectando o epitélio da mucosa oral. Os

restantes correspondem a formas mais raras de tumores e incluem os linfomas, sarcomas, melanomas, etc (Santos e Teixeira, 2011).

O risco de desenvolver carcinoma oral é 7 a 10 vezes superior em fumadores, comparativamente a não fumadores (Figura 7, Anexo I) (Binnie, 2008).

7.6. Estomatite Nicotínica

A estomatite nicotínica é uma mudança queratótica branca associada ao fumo do tabaco (cigarro ou cachimbo), sem manifestação de natureza pré-maligna, talvez porque se desenvolva mais em resposta ao calor do que aos produtos químicos envolvidos no fumo do tabaco. Como o fumo do cachimbo gera mais calor no palato do que as outras formas de consumo, a estomatite nicotínica tem sido mais frequentemente associada a este hábito. Porém, em algumas culturas sul-americanas e do sudoeste da Ásia, os cigarros e charutos enrolados na mão são fumados com o lado aceso dentro da boca, sendo este hábito denominado de “fumo invertido” que produz uma queratose palatina pronunciada, ou palato do fumador invertido, que possui potencial significativo para desenvolver displasia ou carcinoma. Clinicamente, é mais prevalente em homens com mais de 45 anos de idade e traduz-se por alterações eritematosas da mucosa do palato, seguida de queratinização. Ocorre inflamação dos canais excretórios das glândulas salivares, o que se traduz clinicamente por pontos vermelhos rodeados por um anel queratócito branco (subsequente à queratinização). Apesar de ser completamente reversível, isto é, não precisar de tratamento pois o palato volta ao normal em uma ou duas semanas após cessação do hábito tabágico, ainda assim deve-se encorajar o paciente a parar de fumar, para prevenção de doenças de alto risco na cavidade oral, orofaringe e tracto respiratório (Figura 8, Anexo I) (Neville *et al.*, 2004).

7.7. Candidíase Hiperplásica

A Candidíase oral é definida como uma infecção por *Candida albicans*, um microrganismo fúngico semelhante à levedura que provoca alterações nos mecanismos de defesa do organismo. Outros membros do género *Candida* como a *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida parapsilosis* e a *Candida guilliermondi* podem também encontrar-se intra-oralmente, no entanto, é raro manifestarem doença. Clinicamente,

aparece como lesão espessa, branca ou cremosa. Apresenta como localizações comuns, a língua, a mucosa jugal, as gengivas, as amígdalas e o palato, em que a mucosa infectada pode demonstrar-se inflamada. O seu tratamento passa pela utilização de antifúngicos tópicos, comercialmente disponíveis sob a forma de suspensão oral, pastilhas, comprimidos, cápsulas e solução oral (Neville *et al.*, 2004).

A candidíase hiperplásica é uma lesão geralmente assintomática que apresenta superfície lisa, nodular ou fissurada, de consistência dura e com uma cor que varia do branco ao vermelho. Tem tendência a transformação maligna, caso permaneça por vários anos, o que vem dar ênfase à necessidade de diagnóstico precoce e respectivo tratamento. Na sua forma crónica, têm semelhanças à leucoplasia, devido à sua natureza hiperplásica, que a apelida de leucoplasia por Candida. A título de diagnóstico diferencial, esta lesão não pode ser removida por raspagem (Figura 9, Anexo I) (Neto, Danesi e Unfer, 2005).

7.8. Glossite Rombóide Mediana

A glossite rombóide mediana observa-se na linha média da superfície dorsal da língua, imediatamente anterior ao *foramen* cego. Clinicamente, é uma lesão avermelhada que pode ser lisa, nodular ou fissurada. Geralmente é assintomática, com um aspecto eritematoso, rombóide e desprovida de papilas. Na maioria dos casos está associada à infecção por Candida e geralmente ocorre em pacientes mais idosos. Em fumadores pode ser observada no palato, sob a denominação de candidose multifocal. Como tratamento pode-se utilizar uma terapia antifúngica que vai permitir a redução da inflamação e do eritema (Figura 10, Anexo I) (Soames e Southam, 2008).

7.9. Língua Pilosa

A língua pilosa é caracterizada por um crescimento excessivo das papilas filiformes da superfície dorsal da língua, que resultam numa aparência semelhante a pêlos. Afecta fumadores inveterados e comumente é uma condição assintomática, ainda que os pacientes reportem sensação de náusea e mau hálito por acumulação de placa bacteriana e resíduos do tabaco. Clinicamente, é comum aparecer na linha média anterior às papilas circunvaladas, espalhando-se para os bordos laterais e anteriores. As papilas, devido ao

seu crescimento excessivo, apresentam-se geralmente acastanhadas, amareladas ou negras, como resultado do crescimento de bactérias cromogénicas, pigmentos de tabaco ou alimentos. É uma condição benigna que tem como frequente complicação a aparência inestética da língua associada com possível mau hálito. O seu tratamento passa pela eliminação do factor causal, seja ele, tabaco, antibióticos e/ou colutórios, motivar o paciente para uma excelente higiene oral e fazer descamação das papilas realizando uma raspagem periódica ou escovagem com escova de dentes ou raspador de língua. Podem ainda ser utilizados agentes queratolíticos, como a podofilina, no entanto por segurança devem ser evitados (Figura 11, Anexo I) (Neville *et al.*, 2004).

8. Benefícios da Cessação Tabágica Para a Saúde

A cessação tabágica promove benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco (Albert e Ward, 2012).

Segundo o relatório do *U.S. Surgeon General* os benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica iniciam-se quase de imediato após o consumo do último cigarro e continuam a manifestar-se ao longo dos anos (Karnath, 2002).

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2007), uma vez finalizado o consumo de tabaco surgem os seguintes benefícios:

- **20 minutos** depois, o ritmo cardíaco baixa.
- **12 horas** depois, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais.
- **2 semanas a 3 meses** depois, o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta.
- **1 a 9 meses** depois, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem.
- **1 ano** depois, o risco de doença cardíaca coronária é metade do de um fumador.

- **5 anos** depois, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não fumador.
- **10 anos** depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas também diminui.
- **15 anos** depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não fumador.

A nível periodontal, a cessação tabágica proporciona igualmente efeitos benéficos que são mediados por um número de vias distintas, tais como, a mudança para uma microflora subgingival menos patogénica, a recuperação da microcirculação gengival e ainda a melhoria da resposta imuno-inflamatória. Em termos gerais, o estado periodontal e a resposta ao tratamento periodontal em ex-fumadores são considerados intermédios comparativamente aos dos não fumadores e dos fumadores, sendo que geralmente os resultados se aproximam mais dos não fumadores que dos fumadores, ou seja, nos estudos realizados até à data verifica-se que os ex-fumadores se aproximam do estado periodontal dos não fumadores após cerca de 10 anos desde a cessação do hábito tabágico (Warnakulasuriya *et al.*, 2010; Albert e Ward, 2012).

Além dos benefícios anteriormente citados, temos ainda os económicos, os sensoriais, os estéticos e a melhoria da autoestima. Os benefícios da cessação tabágica são tanto maiores quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica (Direção-Geral de Saúde, 2007).

Tendo em conta o supracitado, cientistas comportamentais têm sugerido que os Médicos Dentistas são provavelmente os profissionais de saúde mais adequados para servir como educadores relativamente aos efeitos adversos decorrentes do tabagismo na saúde oral e sistémica e para implementar medidas de cessação tabágica (Albert e Ward, 2012).

9. Estratégias de Prevenção e Controlo

O controlo do tabagismo é o termo usado para descrever um amplo espectro de estratégias para lidar com o consumo de tabaco, do qual a cessação tabágica é uma pequena parte. Restrições à publicidade de cigarros, controlando preços através da tributação, advertências de saúde nos maços de cigarros e aumento da idade mínima para a compra de tabaco são exemplos de elementos que compõem a agenda de controlo do tabagismo.

Um dos aspectos mais importantes do controlo do tabaco é a exposição ambiental ao fumo do tabaco. É o caso por exemplo, de todos os países do Reino Unido em que é proibido fumar em lugares públicos, medidas que visam incentivar os fumadores a parar de fumar. Além disso, é fomentado o acesso a um aconselhamento consistente e útil em todos os sectores, incluindo aquele realizado pela equipa médico-dentária (Binnie, 2008).

Segundo Gallagher *et al.* (2010) o primeiro *workshop* europeu sobre o uso do tabaco, prevenção e cessação para profissionais de saúde oral, em 2005, destacou a importância da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco (CQCT) da OMS, publicado em 2003. Desde então, a OMS continua a trabalhar activamente com os governos e com as diferentes agências sobre esta questão. Os produtos de cessação tabágica são agora uma parte importante do mercado farmacológico, particularmente nos países ocidentais.

O principal objetivo dos profissionais de saúde é usar os seus conhecimentos e habilidades para contribuir para controlar o que a OMS rotulou de “epidemia do tabagismo” no desenvolvimento dos países. A prevenção contra as doenças que surgem como consequência do uso do tabaco é baseada principalmente na educação pública e individual para cessar o hábito. A OMS inclui algumas medidas para esta prevenção tais como (Chaly, 2007):

1. Evitar que as crianças se tornem viciadas em tabaco

Mais de 80% dos adultos que consomem tabaco começou o hábito antes dos 18 anos, o que facilmente produz dependência da nicotina. Devem ser tomadas medidas para educar as pessoas sobre o consumo de tabaco, focando não só na prevenção primária, isto é, desencorajando os jovens a iniciar o hábito, mas também no fornecimento de ajuda e apoio para aqueles que desejam parar de fumar. Neste contexto, os médicos de família podem desempenhar um papel fundamental. Por outro lado, o facto de se proibir a oferta de amostras grátis de produtos relacionados com o tabaco, mas também proibir a venda de cigarros avulso ajudam a prevenir que as crianças iniciem o hábito.

2. Assegurar uma protecção efectiva da exposição involuntária ao fumo do tabaco

Em locais fechados é necessário proibir totalmente o fumo ou, pelo menos, restringir o fumo a algumas áreas específicas para fumadores, ventiladas separadamente. De facto, muitos países têm já leis que proíbem ou restringem fumar em locais públicos, locais de trabalho e veículos de transporte.

3. Fornecer programas eficazes de promoção da saúde e educação para a saúde

Estes incluem a celebração de um dia sem tabaco, limitações no uso de meios de publicidade, programas de promoção de saúde nas escolas e na comunidade e patrocínio de atividades culturais, desportivas e eventos da comunidade.

4. Eficaz programa de internacionalização de cessação do tabagismo

A melhor estratégia de cessação tabágica inclui a formação de profissionais de saúde, incluindo Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos e Médicos Dentistas, na técnica de prestação de aconselhamento para o abandono e conselhos para deixar de fumar. Seria também desejável disponibilizar uma grande variedade de estratégias de cessação tabágica, incluindo a terapia de grupo, com aconselhamento médico e terapia de reposição de nicotina apropriada como goma de mascar ou adesivos.

5. Advertências de saúde de destaque na embalagem dos produtos do tabaco

Avisos para serem usados em todos os tipos de produtos do tabaco ou mensagens intransigentes, como “Fumar prejudica a sua família”, “Fumar causa cancro”, “Os cigarros são aditivos”, “Fumar provoca doenças cardiovasculares”, “O fumo do tabaco provoca doenças pulmonares fatais em não fumadores”, entre outros, são exibidos em preto e branco ou branco em fundo preto ocupando 20% ou mais das superfícies das embalagens dos produtos de tabaco.

6. Progressiva eliminação da publicidade ao tabaco

Inclui a proibição geral do uso de nomes de produtos de tabaco, marcas e logótipos em publicidade. Inclui também a proibição de patrocínios de eventos culturais ou concursos

por parte dos importadores de tabaco, fabricantes, atacadistas e retalhistas ou seus agentes.

7. Medidas financeiras para desencorajar o consumo de tabaco

Diversos estudos têm demonstrado que para cada aumento de 10% no preço dos produtos de tabaco, é esperada uma diminuição do consumo em 2 a 8%. Os dois principais grupos-alvo são os adolescentes e as pessoas de menor nível socioeconómico. Os impostos sobre o tabaco podem igualmente ser úteis em vários níveis, como na redução do consumo e no aumento das receitas do governo.

10. O Processo de Mudança Comportamental

Mudar não é um processo fácil. É importante lembrar que a dependência do tabaco é uma doença crónica, caracterizada por vários períodos de recidiva e abstinência (Walsh e Ellison, 2005).

Nos questionários apresentados aos fumadores, estes demonstram desejo de cessar o hábito tabágico “em algum momento” mas, em contrapartida, para eles ainda não chegou o momento, ou seja, em muitos casos, aprenderam a criar desculpas para justificar continuamente o consumo de tabaco. Por trás desta atitude, contudo, pode haver o medo do fracasso, uma lembrança desagradável de uma tentativa falhada no passado ou uma preocupação com o ganho de peso. Durante o processo de aconselhamento hábil, desculpas deste tipo podem ser identificados de uma forma não-ofensiva. Possivelmente, o orientador será capaz de tocar nelas sem desencadeamento de resistência por parte do fumador. Entre os fumadores que tentam deixar o hábito sem o apoio de aconselhamento profissional ou grupos de ajuda pessoal, a taxa de sucesso encontra-se entre 10,2% e 11%, enquanto que os fumadores com apoio de aconselhamento possuem taxas de sucesso dependentes da quantidade de tempo despendido nesse aconselhamento, ou seja, com a duração de 1 a 3 min, 4 a 30 min, 31 a 90 min e > 90 min as taxas de sucesso são, respectivamente, 14%, 18,8%, 26,5% e 28,4% (Ramseier e Fundak, 2009).

O conceito de preparação para a mudança de comportamento relaciona-se com o chamado modelo transteórico, proposto por Prochaska e Di Clemente que ajuda a sistematizar as

intervenções em função do estadios de mudança. Este modelo contempla cinco estadios no processo de mudança para que o fumador consiga parar de fumar, aos quais se poderá seguir uma recidiva ou a abstinência definitiva (Kirchenchtejn e Chatkin, 2004). Estes cinco estadios compreendem uma fase pré-contemplativa, uma fase contemplativa, uma fase de preparação para a acção, uma fase de acção propriamente dita e uma fase de manutenção, que abordaremos em seguida (Figura 12, Anexo I).

a. Fase pré-contemplativa

Nesta fase, as pessoas ao serem questionadas negam normalmente a intenção em parar de fumar nos próximos seis meses. São conhecedores dos efeitos prejudiciais decorrentes do tabaco, mas preservam a sua liberdade e independência, têm a opinião que não apresentam risco elevado de adquirirem alguma doença, fumam porque querem, ou seja, estão convencidos que não são dependentes e que podem parar de fumar a qualquer momento (Kirchenchtejn e Chatkin, 2004).

b. Fase contemplativa

Nesta fase, ao serem questionados demonstram estar preocupados, afirmando que gostariam de parar de fumar nos próximos seis meses. Porém, revelam imensa dificuldade em tomar alguma atitude relativamente ao seu comportamento. Sentem-se ambivalentes em relação ao cigarro, com sentimentos de perda intensa, medo dos sintomas de abstinência e do fracasso, referindo frequentemente um estado de espírito sem força de vontade (Kirchenchtejn e Chatkin, 2004).

c. Preparação para a acção

Nesta fase, o fumador começa a tomar atitudes para cessar o hábito. É composto por indivíduos que já experimentaram alguma tentativa para reduzir o número de cigarros, isto é, já tentaram trocar de marca para uma mais fraca, ficaram horas ou dias sem fumar ou procuraram inclusivamente algum tipo de ajuda (Kirchenchtejn e Chatkin, 2004).

d. Acção

Esta é uma fase importante pois é aqui que o fumador enfrenta a abstinência, ou seja, decide e cessa totalmente o consumo de cigarros, que costuma ter uma duração entre duas a quatro semanas (Kirchenchtejn e Chatkin, 2004).

e. Manutenção

Nesta fase, após o período de abstinência e ainda durante muito tempo, pode haver o risco de recidivas, ou seja, o indivíduo ainda está num processo de adaptação comportamental aprendendo a viver sem fumar. Mesmo não tendo sido uma das fases originalmente descritas, por ser extremamente frequente a recidiva, pode ser considerada mais uma etapa no ciclo da cessação tabágica, muito diferente do que é considerado lapso quando o ex-fumador experimenta um cigarro e se dá conta do risco que correu, ou seja, a recidiva leva-o a recuar para uma fase anterior que até pode ser a pré-contemplativa. Geralmente, 85% voltam à fase contemplativa e somente após três ou quatro tentativas conseguem ficar totalmente abstinentes (Kirchenchtejn e Chatkin, 2004).

Actualmente, está a ser proposta uma última fase, a de finalização, quando o processo de mudanças comportamentais já se concretizou, com total desaparecimento do problema, ou seja, o ex-fumador está desprovido de desejo, sentindo-se confiante em não consumir mais tabaco, nem dando importância a quaisquer estímulos ambientais que o provoquem. Estas etapas do processo de cessação tabágica têm implicações clínicas visíveis, isto é, por exemplo, não faz sentido prescrever medicamentos a indivíduos na fase pré-contemplativa, sendo necessariamente mais importantes as acções educativas nessa fase, informando sobre os riscos que correm ao fumar, os benefícios da cessação e da possibilidade de sucesso sem sofrimento intenso (Kirchenchtejn e Chatkin, 2004). De forma resumida para os indivíduos nos estádios 1 e 2, o grande objectivo do tratamento é motivar o indivíduo para começar a pesar os prós e os contras do consumo de tabaco. Para os indivíduos no estádio 3, é importante sugerir que o tempo é determinante para se realizar o compromisso, isto é, deve-se definir uma data para parar. Para isso, deve ter o apoio social da família e dos amigos para desenvolver orientação autónoma, e ao mesmo tempo ser encaminhado para tratamento de recurso externo (via telefónica) ou para um programa de tratamento em consultório, composta normalmente por quatro ou mais

sessões. Para os indivíduos nos estádios 4 e 5, é importante fazer o reforço positivo, dar os parabéns e fazer sugestões para a prevenção da recidiva, ajudando-os a lidar com a retirada dos sintomas, com o ganho de peso e com os humores negativos experimentado durante o processo de cessação tabágica (Walsh e Ellison, 2005).

11. Intervenção na Prática Clínica

A visita ao Médico Dentista é uma excelente oportunidade para discutir a utilização do tabaco e o seu efeito prejudicial na saúde oral e geral do paciente. O impacto na saúde oral e efeitos subsequentes do consumo do tabaco podem ser uma mensagem importante para a mudança de comportamento por parte do paciente. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde oral são vistos como uma fonte credível de aconselhamento para a cessação tabágica, e os pacientes, em geral, são sensíveis à sua saúde e são receptivos à prevenção e aconselhamento no momento da visita. Esta oportunidade cria o que tem sido chamado de “momento ensinável” que pode ser usada pelos Médicos Dentistas para incentivar à cessação tabágica. A visita ao consultório dentário representa uma oportunidade única em que o paciente pode ser receptivo a aconselhamento para a cessação tabágica e assistência, particularmente se as suas preocupações com a saúde oral estiverem relacionadas com a utilização de tabaco (Gordon *et al.*, 2009).

11.1. Abordagem do Fumador em Contexto Clínico

Quando um fumador toma a decisão de parar de fumar, a assistência de um profissional provedor de saúde pode ser uma ajuda fundamental para o seu sucesso. A assistência dos pacientes que pretendem parar de fumar pode ser feita como parte de uma abordagem breve ou como parte de uma abordagem intensiva. Os estudos têm demonstrado que quando os médicos realizam aconselhamento e assistência breve, os pacientes são duas vezes mais propensos a parar de fumar em comparação a pararem de fumar sem apoio. Além disso, o uso de medicação na cessação tabágica vem reforçar o aconselhamento do clínico. É importante reconhecer que a interrupção do uso do tabaco é um processo em que existem vários estádios nos quais os fumadores estão em diferentes graus de preparação para fazer mudanças no seu comportamento, ou seja, alguns podem estar prontos para parar enquanto outros contentam-se com o seu comportamento de fumadores (Albert e Ward, 2012).

Contudo, são identificadas pelo profissional de saúde barreiras que o impedem de fornecer assistência e aconselhamento nas intervenções de cessação tabágica aos seus pacientes. As barreiras mais comumente referidas são a falta de tempo, a falta de mecanismos de reembolso, a falta de confiança e a falta de competências. Para além destas barreiras ainda são mencionadas as dúvidas sobre a eficácia das acções, o difícil acesso ao material de informação ao doente e a resistência prevista do doente (Lozier e Gonzalez, 2009).

11.2. Intervenção Breve

É uma abordagem de curta duração que consiste num aconselhamento mínimo (2-3 min) ou num aconselhamento mais aprofundado que pode durar até 10 min com o objectivo de ajudar o fumador a parar de fumar, onde se avalia o grau de dependência e de motivação, bem como as estratégias que poderão ser adoptadas para uma mudança de comportamento (Binnie, 2008).

A avaliação do grau de dependência é feita por exemplo pelo popular Teste de Fagerstrom constituído por seis questões numa escala global entre 0 e 10. As pontuações mais altas refletem o aparecimento de fenómenos de abstinência física e uma menor probabilidade de abstinência a longo prazo (Tabela 1, Anexo II) (Batra, 2011).

Este tipo de abordagem consiste na execução de cinco passos, também designados pelos 5 As: **A**bordar, **A**conselhar, **A**valiar, **A**judar e **A**companhar (Figura 13, Anexo I) (Walsh e Ellison, 2005):

1º A – (A)bordar: abordar acerca dos hábitos, perguntando “Fuma?”, “Já fumou?”, “Se deixou de fumar, fê-lo há mais ou menos um ano?” e “Se fuma, quantos cigarros fuma por dia?”

2º A – (A)conselhar: aconselhar todos os fumadores a parar de um modo claro: “É importante parar de fumar e eu posso ajudá-lo”; firme: “Deixar de fumar é a atitude mais importante que pode fazer pela sua saúde”; personalizado: informar sobre os riscos que aquele fumador naquela circunstância tem em continuar a fumar e os benefícios pessoais em parar.

3º A – (A)valiar: nesta etapa deve-se avaliar se há ou não interesse em parar no próximo mês ou nos próximos 6 meses. A motivação para parar é um aspecto crucial no processo de cessação tabágica.

4º A – (A)judar: para aqueles que estão preparados para abandonar o tabaco, é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar – o dia D, que corresponde ao dia igual a zero cigarros. É desejável fornecer informação prática com algumas estratégias para ultrapassar problemas, tais como, comunicar à família e amigos pedindo compreensão e apoio, antecipar dificuldades, discutir os sintomas de privação, remover produtos de tabaco antes de parar, etc. Pode ser dado um folheto informativo de auto-ajuda.

5º A – (A)companhar: programar o seguimento após o dia D, mediante marcação de consulta ou contacto telefónico, em função das necessidades. É de particular relevância envolver o cônjuge ou o companheiro no apoio ao fumador no processo de cessação tabágica.

No caso de o fumador se mostrar pouco motivado ou receptivo à ideia de parar de fumar, o profissional de saúde pode tentar reforçar a motivação mediante uma abordagem estruturada em função dos chamados “5 Rs” (Vanka *et al.*, 2009):

1.º R – (R)elevância: encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a sua família. Pode ser útil listar os benefícios para si e para terceiros.

2.º R – (R)iscos: pedir ao fumador que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e a longo prazo. Pode ser útil listar os riscos para si e para terceiros.

3.º R – (R)ecompensas: pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a sua saúde.

4.º R – (R)esistências: solicitar ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a decisão de parar ou o seu sucesso, como, por exemplo, o medo de falhar ou o receio dos sintomas de privação.

5.º R – (R)epetição: a intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não motivado se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar atento à ocorrência de momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como o diagnóstico de patologia grave que ponha a vida em perigo, ou um diagnóstico de gravidez.

A experiência revela que os fumadores têm de fazer várias tentativas para parar de fumar antes de serem ex-fumadores. Entre os pacientes que inicialmente conseguem largar o hábito, 50-60% sofrerá uma recidiva no próximo ano. Apesar de existirem actualmente métodos baseados em evidências para a prevenção das recidivas, a equipa médico-dentária deve continuar a dar apoio durante as repetidas tentativas dos pacientes para pararem de fumar. Alternadamente, os pacientes podem ser encaminhados neste momento para especialistas em cessação tabágica, médicos de família, farmacêuticos ou psicoterapeutas (Ramseier e Fundak, 2009).

11.3. Intervenção de Apoio Intensivo

A intervenção de apoio intensivo assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, realizada em consulta específica para o efeito. Possibilita um maior tempo de interacção entre o profissional de saúde e o paciente, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica. É aplicada em qualquer paciente com o desejo de ser atendido numa consulta de apoio intensivo, no entanto, tem eficiência só em pacientes que estejam motivados a mudar o seu comportamento, ou seja, é de acesso prioritário a fumadores que não tenham conseguido parar de fumar na intervenção breve ou que apresentem dependência elevada à nicotina. Para além destes são também incluídos fumadores com determinadas patologias (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

De acordo com a Direcção-Geral de Saúde, os fumadores de acesso prioritário são os seguintes:

- Fumador em fase de preparação/acção, ou seja, que encare seriamente deixar de fumar nos próximos 30 dias;
- Fumador que fume o 1.º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar;

- Fumador que consuma 20 ou mais cigarros por dia;
- Fumador que em tentativa anterior, mesmo com tratamento farmacológico adequado, não conseguiu manter-se sem fumar e registou síndrome de privação intensa;
- Fumador que, após ter parado de fumar, apresente uma síndrome de privação intensa.
- Fumadores com patologias relacionadas com o tabaco, em particular a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e tumor do pulmão;
- Fumadores com cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas;
- Fumadores com outros comportamentos aditivos (álcool, drogas ilícitas, cafeísmo, jogo compulsivo, etc);
- Fumadores com doença psiquiátrica estabilizada;
- Fumadoras grávidas ou em período de amamentação e mulheres em planeamento familiar que não respondam a abordagens do tipo “intervenção breve”.

11.4. Programa Estruturado de Consultas de Apoio Intensivo

É um programa que abarca um conjunto de abordagens de natureza comportamental e medicamentosa para melhor compreensão das razões inerentes ao fumador, quer sejam de contexto pessoal, familiar e profissional, bem como das motivações e barreiras sentidas no processo de mudança. Para isso, os serviços de saúde deverão oferecer um programa estruturado de consultas de cessação tabágica, realizado por profissionais habilitados, em horário e espaço físico adequados. O programa é estruturado em 4 a 6 consultas médicas, e 3 a 4 contactos telefónicos realizados pelo enfermeiro ou pelo médico (Figura 14, Anexo I) (Direcção-Geral de Saúde, 2007):

1.ª consulta – Se o fumador estiver preparado para deixar de fumar e se não houver necessidade de efectuar outra consulta antes do dia D, o médico deve acumular nesta as tarefas previstas para a 2.ª consulta.

2.ª consulta – avaliação do fumador, discussão de proposta de plano terapêutico e marcação do dia D.

Dia D (1.º contacto telefónico) – primeiro dia que corresponde a zero cigarros.

3.ª consulta – marcada e realizada pelo médico, oito a quinze dias após o dia D

4.ª consulta – consulta de avaliação e prevenção da recidiva, marcada e realizada pelo médico um mês após o dia D.

2.º contacto telefónico ou 5ª consulta – a realizar decorridos dois meses após o dia D.

5.ª (ou 6.ª) consulta – consulta de avaliação e prevenção da recidiva a realizar pelo médico, três meses após o dia D.

3.º contacto telefónico – a realizar 6 meses após o dia D. Pode ser efectuado pelo médico ou pelo enfermeiro.

4.º contacto telefónico – a realizar 1 ano após o dia D. Pode ser efectuado pelo médico ou pelo enfermeiro.

O aconselhamento por telefone é uma intervenção que oferece apoio de intensidade variável, reduzindo muitas barreiras, por exemplo, a necessidade de transporte para o local das consultas, o problema de agendamento de consultas e a confidencialidade (fumador) VS não confidencialidade (adulto supervisor). A orientação geral pode ser adoptada a partir dum centro de controlo para a doença (Vanka *et al.*, 2009).

11.5. Aconselhamento e Abordagem Motivacional

As diretrizes clínicas do *Public Health Service* (PHS) para o tratamento da dependência do tabaco sugerem que o Médico Dentista deve realizar uma entrevista motivacional projetada para aumentar a motivação para cessação tabágica. Nessa entrevista deverá inculcar os benefícios de parar de fumar e, por outro lado, alertar para o que pode acontecer se continuar sob os efeitos do tabaco. Nesse sentido, é pedido ao paciente que identifique as barreiras que o impedem de parar de fumar e que tome em consideração todos os tipos de tratamentos que poderia enfrentar. Pode ser realizada no âmbito de uma intervenção breve, ou ser efectuada no contexto de um apoio mais intensivo (Walsh e Ellison, 2005).

A entrevista motivacional é um método directivo, centrado no fumador, orientando e aconselhando para extrair e fortalecer a motivação para a mudança. É uma abordagem que orienta o fumador a explorar e resolver a ambivalência associada à mudança de comportamento, ou seja, em vez de tentar convencer o fumador da necessidade de alterar ou inserir motivação ou habilidade, mantém o pressuposto implícito que o fumador tem motivação intrínseca e capacidade de se envolver em uma mudança positiva e, conseqüentemente, desencoraja o uso de persuasão direta e aconselhamento não solicitado (Hettema e Hendricks, 2010; Mantler, Irwin e Morrow, 2012).

A entrevista motivacional é baseada em cinco princípios fundamentais: 1) identificação de discrepâncias entre o pensamento e ação de parar de fumar, 2) sustentar a autonomia do fumador usando técnicas de aconselhamento, como questionários, realizando questões abertas e uma atitude de escuta reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto directo, num processo interactivo que crie condições para que o fumador tome consciência não só das suas ambivalências, mas também das suas capacidades e necessidades para empreender a mudança, 3) criar empatia com o fumador, 4) evitar o confronto e 5) ajustar a resistência. O primeiro princípio facilita a motivação, o segundo é conseguido através de apoios sociais e os três últimos fortalecem a mudança através da adaptação da intervenção ao indivíduo (Heckman, Egleston e Hofmann, 2010).

11.6. Tratamento Farmacológico do Tabagismo

Sete medicamentos foram aprovados pela *Food and Drug Administration* (FDA) para a cessação tabágica, e foram classificados como de primeira e segunda linha, consoante apresentem maior ou menor eficácia e mais ou menos efeitos secundários. De primeira linha consideram-se a Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN), nas suas diferentes formulações farmacêuticas (gomas, pastilhas, inaladores, sprays e adesivos transdérmicos), a bupropiona e a vareniclina. São considerados fármacos de segunda linha a nortriptilina e a clonidina (Tabela 2, Anexo II) (Fiore e Baker, 2011).

11.6.1. Terapêutica de Substituição da Nicotina

A farmacoterapia mais utilizada e amplamente conhecida para tratamento da dependência da nicotina é terapêutica de substituição de nicotina (TSN). Torna mais fácil a cessação tabágica, por substituir, pelo menos parcialmente, a nicotina anteriormente obtida pelo consumo de tabaco, proporcionando os efeitos neurofarmacológicos mediados pela nicotina (Grief, 2011).

Em Portugal são comercializadas as seguintes formas terapêuticas:

a. Gomas de Mascar de Nicotina

As gomas de mascar libertam quantidades controladas de nicotina, a qual é absorvida através da mucosa oral. O nível máximo de nicotina no sangue é atingido vinte minutos após o início da mastigação, mais lentamente que quando se fuma um cigarro. Existem gomas doseadas a 2 e 4 mg, com diferente sabor e consistência, que permitem uma maior adesão do fumador à terapêutica. Há evidência de que a dosagem de 4 mg é mais efectiva para os fumadores que consomem mais de vinte cigarros por dia. Para atingir a máxima eficácia e evitar o aparecimento de efeitos secundários é necessário uma correcta utilização por parte do fumador, isto é, mastigar lentamente até se notar um sabor forte, altura em que se pára de mastigar e se coloca a goma junto à bochecha até o sabor se atenuar. Em seguida, recomeça-se a mastigar lentamente e assim sucessivamente, até que deixe de existir sabor, altura em que se deve parar. Deve ser utilizada durante trinta minutos, para que a nicotina seja totalmente absorvida. Não se deve ingerir bebidas ácidas

antes e durante a mastigação pois interferem com a absorção oral da nicotina alterando o pH do meio, pelo que devem ser evitadas, 15 minutos antes e durante o uso das gomas. As suas contra-indicações específicas são muito raras e pouco importantes: inflamação da orofaringe, patologia temporomandibular, problemas dentários prévios e uso de próteses dentárias removíveis (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

b. Pastilhas de Chupar de Nicotina

As pastilhas de chupar libertam nicotina de forma constante e uniforme ao serem chupadas, pelo que não devem ser mastigadas ou deglutidas. Existem pastilhas doseadas a 1,5 e 2 mg, com diferente sabor e consistência, que permitem uma maior adesão do fumador à terapêutica. Libertam uma quantidade de nicotina cerca de 25% superior em comparação com as gomas de mascar. Têm a vantagem de não aderir aos dentes, sendo preferidas por muitos fumadores que não gostam de mascar pastilhas elásticas. Dissolvem-se na boca em cerca de vinte a trinta minutos. A técnica de chupar é semelhante à aplicada nas gomas. Não devem, igualmente, ser ingeridos alimentos ou bebidas ácidas, quinze minutos antes ou durante o seu uso (Corelli e Hudmon, 2006).

c. Sistemas Transdérmicos de Nicotina

Os sistemas transdérmicos de nicotina (STN) permitem um aporte constante de nicotina, que é absorvida através da pele. Libertam quantidades de nicotina durante 16 ou 24 horas com eficácias muito semelhantes, atingindo a sua concentração máxima entre as 4 e as 8 horas após a colocação do adesivo. Ambos os STN são eficazes e a escolha depende das características do fumador: se não fumar durante a noite, recomenda-se os STN de 16 horas, para que a libertação de nicotina não cause alterações do sono; se fumar durante a noite ou imediatamente após acordar, recomenda-se os STN de 24 horas. Contudo, se os STN de 24 horas provocarem insónias, deve-se alterar para os de 16 horas. Os STN devem ser colocados de manhã sobre a pele limpa, seca e numa área sem pêlos, devendo ser retirados ao deitar (STN 16 horas) ou na manhã seguinte (STN 24 horas). O local de aplicação deve ser diferente todos os dias para evitar ou reduzir efeitos adversos locais. Os STN de 24 horas apresentam-se em dosagens de 21 mg, 14 mg e 7 mg e os de 16 horas em dosagens de 15 mg, 10 mg e 5 mg de nicotina. Se após duas semanas o fumador não estiver abstinente, a terapêutica com STN deve ser reavaliada, considerando-se a

utilização de doses mais elevadas de STN, de terapêutica combinada ou de outro fármaco (Ordem dos Farmacêuticos, 2008).

11.6.2. Terapêutica Não Nicotínica

a. Bupropiona

Foi o primeiro fármaco não nicotínico aprovado na cessação tabágica. O modo de acção da bupropiona não é bem conhecido na cessação tabágica. Actua inibindo a recaptação da noradrenalina e da dopamina, aumentando os níveis extracelulares destas catecolaminas. Este fármaco reduz os sintomas de abstinência e o desejo compulsivo de fumar, podendo ajudar a limitar o aumento de peso associado ao abandono do tabaco. Há estudos dirigidos a doentes com patologias específicas do foro psiquiátrico, cardiovascular e DPOC que comprovam a eficácia da bupropiona na cessação tabágica. As reacções adversas mais frequentes – insónia e secura da boca – são dose-dependentes, pelo que se recomenda a diminuição da dose para metade ou a antecipação da dose nocturna, no caso de insónia. Os efeitos adversos mais preocupantes são as convulsões (0,1%), pelo que deve ser evitado o seu uso quando existem factores de risco que favorecem crises convulsivas. Está contra-indicado em indivíduos com hipersensibilidade ao produto, história prévia ou actual de convulsões, tumor do sistema nervoso central, diagnóstico prévio ou actual de bulimia ou anorexia nervosa, cirrose hepática grave, doença bipolar, toxicoddependência, bem como em doentes que suspenderam abruptamente o consumo de álcool ou benzodiazepinas, ou que estão a tomar, ou cessaram recentemente, inibidores da monoaminooxidase. Também não deve ser usado na gravidez e em menores de 18 anos. Nos casos de insuficiência hepática leve a moderada, no idoso ou nas outras situações associadas a risco de convulsões deve ser usada a dose de 150mg/dia, enquanto que na insuficiência renal deve ser ajustada à situação clínica. Existe em comprimidos de libertação prolongada de 150 mg em que a dosagem aconselhada é de 300 mg por dia dividida, em duas tomas de 150 mg. O tratamento deve ser iniciado com 150 mg e ao sétimo dia elevado para 300 mg por dia, com um intervalo mínimo de oito horas entre as duas tomas, para reduzir o risco de toxicidade, recomendando que o abandono do tabaco se faça a partir da segunda semana após o início da primeira toma. O tratamento deve ter a duração aproximada de 7 a 9 semanas e deve ser interrompido se houver uma recaída (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

b. Vareniclina

A vareniclina é um agonista parcial específico do receptor $\alpha 4\beta 2$ nicotínico, que reduz a urgência em fumar, os sintomas de abstinência e a sensação de satisfação associada ao fumo de cigarro. A terapêutica deve ser iniciada sete a quatorze dias antes do dia estabelecido para a cessação tabágica. A dose deve ser progressiva, para minimizar os possíveis efeitos secundários: do primeiro ao terceiro dia, um comprimido de 0,5 mg, uma vez ao dia; do quarto ao sétimo dia, um comprimido de 0,5 mg, duas vezes ao dia e a partir do oitavo dia, um comprimido de 1 mg, duas vezes ao dia. Devem ser ingeridos com um copo de água e nunca em jejum. O tratamento tem uma duração de doze semanas. Segundo os estudos disponíveis, as taxas de abstinência com a vareniclina são superiores às conseguidas com os substitutos de nicotina e com a bupropiona. A dose deve ser reduzida em caso de efeitos adversos enquanto que na insuficiência renal deve ser ajustada à situação clínica. Está contra-indicada em indivíduos menores de 18 anos, indivíduos com hipersensibilidade ao fármaco, na gravidez e na amamentação. Não existem ainda estudos sobre o seu uso em fumadores com psicopatologia, porém, no caso de desenvolvimento de ideação suicida deve-se interromper o tratamento e consultar o seu médico de imediato. É desaconselhável a realização de terapêuticas combinadas, no entanto, não foram identificadas interações medicamentosas com outros fármacos (Aubin, Karila e Reynaud, 2011).

c. Nortriptilina

Trata-se de um antidepressivo tricíclico, usado como medicamento de 2.^a linha na cessação tabágica. A dosagem ideal e a duração do tratamento permanecem por determinar, porém, é aconselhado iniciar o tratamento duas a três semanas antes da cessação tabágica, com uma dosagem de 25 mg/dia durante três dias, aumentando para 50 mg/dia durante quatro dias, seguido de 75 mg/dia durante doze semanas. Como efeitos adversos citam-se a secura de boca, a sedação, a obstipação, a visão turva, a retenção urinária, as cefaleias e a toxicidade cardíaca (Corelli e Hudmon, 2006).

d. Clonidina

A clonidina é um agonista α_2 -adrenérgico que tem sido usado para tratamento da hipertensão e para a redução dos sintomas de privação decorrentes do uso do álcool e opiáceos. Pode também ser útil para diminuir a síndrome de abstinência do tabaco. Recomenda-se a dosagem de 0,15 a 0,75 mg/dia, durante 3 a 10 semanas. A incidência frequente de reacções adversas, como hipotensão, secura de boca, sonolência, sedação, vertigens e diarreia tem limitado a sua utilização. Além disso, está contra-indicado na gravidez (Aubin, Karila e Reynaud, 2011).

11.6.3. Terapêutica Combinada

A associação entre as terapêuticas pode contribuir para a obtenção de benefícios terapêuticos acrescidos. Esta combinação pode incluir 2 tipos de formulações terapêuticas de TSN, associados ou não à bupropiona. A terapêutica combinada de substitutos de nicotina consiste na associação de dois tipos de substitutos com diferente velocidade de libertação de nicotina. Uma das formulações vai libertar lentamente a substância, mantendo os níveis no sangue mais estáveis, e a outra, de libertação mais rápida, vai proporcionar picos de nicotinémia nos momentos de necessidade imperiosa de fumar. A primeira tem uma dose programada e a segunda é doseada pelo fumador, de acordo com as suas necessidades. Para a libertação lenta empregam-se os adesivos e para a rápida as gomas de mascar ou as pastilhas de chupar. Quando se associa a bupropiona aos adesivos transdérmicos, estes devem ser iniciados no dia estabelecido para a cessação tabágica. Nos fumadores em que se utiliza esta associação está recomendada a monitorização da pressão arterial, por eventual perigo de hipertensão (Direcção-Geral de Saúde, 2007).

Quanto à eficácia da farmacoterapia na cessação tabágica procedeu-se à consulta de diversos artigos seleccionados da Medline/Pubmed. A pesquisa foi limitada a revisões sistemáticas e meta-análises publicadas em Inglês até março de 2013. Utilizaram-se como palavras-chave “smoking cessation” e “pharmacotherapy”. Desta pesquisa resultaram 130 artigos. Com base na leitura do título e do respectivo *abstract*, foram apenas incluídos dezassete artigos. Os resultados obtidos entre os diversos estudos demonstraram que a terapêutica farmacológica com maior taxa de abstinência tabágica é a terapêutica não nicotínica, sendo a Vareniclina o fármaco de eleição (West *et al.*, 2008; Schmelzle, Rosser e Birtwhistle, 2008; Eisenberg *et al.*, 2008; Needleman *et al.*, 2010; McNeil, Piccenna e

Ioannides-Demos, 2010; Brose *et al.*, 2011; Cahill, Stead e Lancaster, 2008, 2010 e 2011, 2012; Mills *et al.*, 2012). A selecção da terapêutica farmacológica deve ter por base diversos factores, dos quais se destacam: a motivação do fumador para cessar o hábito, a eventual adesão à terapêutica, o uso prévio de fármacos, as contra-indicações e a potencial ocorrência de efeitos adversos, o grau de dependência e, por fim, a experiência do prescriptor (Direcção-Geral de Saúde, 2007). De acordo com a literatura científica consultada, a vareniclina é duas a três vezes mais eficaz em relação às outras opções terapêuticas. Da mesma forma, a terapêutica combinada é estatisticamente melhor que a monoterapia para o sucesso da cessação tabágica. No entanto, a TSN e a bupropiona também se mostram eficazes, sendo importante salientar que, apesar de tudo, a TSN é a terapêutica de eleição na Medicina Dentária (Tabela 3, Anexo II) (West *et al.*, 2008; Shiffman e Ferguson, 2008; Schmelzle, Rosser e Birtwhistle, 2008; Eisenberg *et al.*, 2008; Shah *et al.*, 2008; Ramseier e Fundak, 2009; Moore *et al.*, 2009; Needleman *et al.*, 2010; McNeil, Piccenna e Ioannides-Demos, 2010; Brose *et al.*, 2011; van den Brink, 2012; Cahill, Stead e Lancaster, 2008, 2010 e 2011, 2012; Mills *et al.*, 2012; Stead *et al.*, 2012).

III. Materiais e Métodos

No âmbito deste trabalho de investigação pretendeu-se avaliar a abordagem dos Médicos Dentistas, da freguesia de Paranhos, face à cessação tabágica. Nesse sentido será abordado de seguida todo o processo de execução do trabalho em questão.

1. Tipo de estudo

Foi realizado um estudo observacional transversal descritivo, com recurso a um inquérito.

2. Design experimental

2.1. Amostra

2.1.1. Selecção Espacial e Temporal Para a Realização do Estudo

Para a realização do presente estudo, seleccionaram-se, através do site das páginas amarelas, todas as clínicas médico-dentárias existentes na freguesia de Paranhos, no Porto. Todas as clínicas foram incluídas à excepção das clínicas pedagógicas das Faculdades existentes nessa freguesia, obtendo-se um total de 17 clínicas.

A recolha de dados foi efectuada durante um período de dois meses, desde o início do mês de Maio até à primeira semana do mês de Julho do ano corrente.

O método da selecção da amostra esteve condicionado pelo número de Médicos Dentistas que trabalhavam nas clínicas seleccionadas e que aceitaram responder ao inquérito.

2.1.2. Dimensão da Amostra

A população alvo é constituída por um total de 48 Médicos Dentistas.

A amostra, subgrupo da população alvo, constituiu-se pelos 25 Médicos Dentistas que acederam participar no estudo.

3. Recolha de Dados

3.1. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foi utilizado um inquérito constituído por 41 questões, das quais 33 questões são exclusivamente de resposta fechada, 5 questões possuem elementos para resposta aberta ou fechada e 3 questões exclusivamente de resposta aberta.

3.2. Metodologia Utilizada na Recolha de Dados

A metodologia adoptada para a recolha de dados consistiu na aplicação do inquérito a todos os Médicos Dentistas que acederam participar no estudo. Por uma questão estratégica foi inicialmente enviado um *email* para as 17 clínicas de Medicina Dentária existentes na freguesia de Paranhos, solicitando o preenchimento do inquérito, enviado em anexo, por todos os Médicos Dentistas que colaborassem com a clínica a tempo parcial ou integral. Tendo obtido apenas 3 respostas e objectivando um maior número de participantes no estudo, optámos por nos deslocar a todas as clínicas, entregando pessoalmente os inquéritos.

4. Tratamento Estatístico dos Dados

Após a recolha dos dados é necessário organizá-los para posterior interpretação dos mesmos. Nesse sentido, recorreu-se ao programa IBM SPSS Statistics 21.0 para Windows 8, visto ser um estudo de carácter quantitativo. Foi realizada uma análise estatística descritiva, com variáveis nominais e ordinais, em que foram utilizadas frequências absolutas e relativas, expressas em percentagens. Foi utilizado em alguns casos o programa Excel devido a algumas questões do estudo possuírem mais que uma opção de resposta, no sentido de agrupar todos os dados num só gráfico.

5. Considerações Éticas

No decorrer do estudo foi necessário atender a princípios éticos. Desta forma, foi assegurado para todos os elementos da amostra a confidencialidade, anonimato dos dados e segurança.

No âmbito de comparar os dados obtidos do estudo em questão com outros estudos semelhantes, realizou-se uma nova pesquisa, limitada a revisões sistemáticas e meta-análises publicadas em inglês, em humanos, com a seguinte expressão-chave: “smoking cessation AND dental intervention”. Desta pesquisa obtiveram-se 8 artigos, que após leitura do título e respectivo *abstract*, demonstraram não ter semelhanças com o estudo em questão. Desta forma, fomos pesquisar no Google Académico pelos números da OMD emitidos em 2013 e fomos ao site da OMD procurar o estudo recentemente realizado a nível nacional a Médicos Dentistas sobre a cessação tabágica, também sob a forma de inquérito, com os quais comparámos os dados do nosso estudo.

IV. Resultados

1. Caracterização da amostra

1.1. Género

De entre os Médicos Dentistas que foram inquiridos, denota-se que o género feminino é o mais representativo correspondendo a 3/5 da amostra (60%), e o género masculino, menos representativo, correspondendo a 2/5 da amostra (40%) (Gráfico 1, Anexo IV).

1.2. Idade

Quanto à idade dos Médicos Dentistas inquiridos, constatou-se que a média de idades correspondeu a 34,6 anos (Gráfico 2, Anexo IV).

1.3. Ano de conclusão da licenciatura

No que concerne ao ano de conclusão da licenciatura dos Médicos Dentistas inquiridos, verificou-se que a média de anos correspondeu ao ano de 2002 (Gráfico 3, Anexo IV).

1.4. Instituição do ensino pré-graduado

Relativamente à instituição em que os Médicos Dentistas inquiridos se formaram, a grande maioria formou-se na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) representando um total de 48% da amostra, de seguida vem o Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS Norte) (32% da amostra) e, por fim, a Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFP) com um total de 20% da amostra (Gráfico 4, Anexo IV).

1.5. Realização de consultas de cessação tabágica

No que respeita à realização de consultas de cessação tabágica, os Médicos Dentistas inquiridos afirmam quase na sua totalidade que não realizam consultas de cessação tabágica nos seus consultórios (96%), no entanto, uma percentagem pouco significativa afirma o contrário (4%) (Gráfico 5, Anexo IV).

Visto que quase a totalidade de Médicos Dentistas inquiridos afirmam não realizar consultas de cessação tabágica nos seus consultórios (96%), é pertinente perceber quais as razões que os levam a não o fazer. Neste sentido, denota-se que os inquiridos referem como razões principais a falta de tempo (52% dos inquiridos) e a falta de competências (40% dos inquiridos). De seguida, com peso menor, mas ainda com bastante relevância, os inquiridos referem a resistência prevista do doente (20% dos inquiridos), as dúvidas sobre a eficácia das acções (16% dos inquiridos) e o difícil acesso ao material de informação ao doente (12% dos inquiridos). Por último, os inquiridos referem ainda a falta de mecanismos de reembolso (8% dos inquiridos) e a falta de confiança (4% dos inquiridos) (Gráfico 6, Anexo IV).

1.6. Realização de aconselhamento para a cessação tabágica

Quanto à questão se os Médicos Dentistas inquiridos realizam aconselhamento aos seus pacientes para deixarem de fumar, verificou-se que a grande maioria (88% dos inquiridos) realiza aconselhamento, uma pequena percentagem (8% dos inquiridos) refere não realizar aconselhamento e uma percentagem ainda menor (4% dos inquiridos) optou por não responder (Gráfico 7, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior pretende-se saber, de entre os Médicos Dentistas inquiridos que realizam aconselhamento, qual o aconselhamento que utilizam para a cessação tabágica. Na sua grande maioria os inquiridos referiram que fazem apenas um aconselhamento genérico (88% dos inquiridos), uma percentagem pequena absteve-se de responder (8% dos inquiridos) e uma percentagem pouco significativa referiu que encaminha para uma consulta de cessação tabágica (4% dos inquiridos). É importante mencionar que nenhum dos Médicos Dentistas inquiridos referiu aplicar um programa de cessação tabágica (Gráfico 8, Anexo IV).

1.7. Formação pré ou pós graduada em cessação tabágica

No que respeita à questão se os Médicos Dentistas inquiridos sentem que tiveram formação pré ou pós graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar, o estudo revelou que 88% dos inquiridos não sente que teve formação

pré ou pós graduada suficiente, 8% refere que sente que teve formação suficiente e 4% não deu qualquer resposta (Gráfico 9, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber qual a formação pré ou pós graduada que os inquiridos tiveram. Dos Médicos Dentistas inquiridos que sentem ter tido uma formação pré ou pós graduada suficiente (8% dos inquiridos), 4% referiram ter tido formação em “Periodontologia” e 4% formação sobre os “Malefícios do tabaco na cavidade oral: inter-relação” (Gráfico 10, Anexo IV).

1.8. Terapêutica farmacológica em cessação tabágica

Quanto à questão se os Médicos Dentistas inquiridos conhecem algum fármaco que possa ajudar o paciente a deixar de fumar verificou-se que 68% dos inquiridos conhece algum fármaco, ainda que 32% tenha respondido que não (Gráfico 11, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber se os Médicos Dentistas inquiridos conhecem as pautas terapêuticas e respectivas doses de tratamento dos fármacos dos quais disseram ser conhecedores. Dos 68% que referiram conhecer algum fármaco, 20% referiram conhecer a sua pauta terapêutica e respectiva dose de tratamento, mas 48% referiu que não (Gráfico 12, Anexo IV).

No que respeita à questão se os Médicos Dentistas inquiridos já alguma vez prescreveram um fármaco para ajudar um paciente a deixar de fumar verificou-se que apenas 4% já o fizeram (Gráfico 13, Anexo IV).

No seguimento da última questão, pretendeu-se saber quais os fármacos que os Médicos Dentistas que responderam que “sim” à questão anterior mais habitualmente prescrevem. A totalidade dos inquiridos referiu o fármaco “Champix®” (Gráfico 14, Anexo IV).

1.9. Programas de cessação tabágica

Relativamente à questão se os Médicos Dentistas inquiridos já ouviram falar de algum programa de cessação tabágica observou-se que 52% dos inquiridos já ouviram falar de algum programa de cessação tabágica. Contrariamente 48% dos inquiridos desconhecem qualquer programa de cessação tabágica (Gráfico 15, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber qual/quais os programas de cessação tabágica conhecidos. Dos Médicos Dentistas inquiridos que já ouviram falar de algum programa de cessação tabágica (52% dos inquiridos), 40% referiram conhecer o programa de intervenção breve e uma pequena minoria o programa de intervenção de apoio intensivo (12% dos inquiridos) (Gráfico 16, Anexo IV).

Com o intuito de confirmar o verdadeiro conhecimento dos inquiridos acerca dos programas de intervenção breve optou-se por se colocar a questão de outra forma e, nesse sentido, foi questionado se conheciam a abordagem dos 5 As. Dos 40% de inquiridos conhecedores da intervenção breve, apenas 4% referiram ser conhecedores da abordagem dos 5 As. 92% afirmam não conhecer a abordagem e 4% não deram qualquer resposta (Gráfico 17, Anexo IV).

No âmbito de adoptar questionários ao paciente para compreender os motivos que o levaram a começar a fumar, a esmagadora maioria dos Médicos Dentistas afirmam não adoptar qualquer questionário (88% dos inquiridos), no entanto, uma pequena minoria revela que o faz (8% dos inquiridos) (Gráfico 18, Anexo IV).

Em relação à abordagem do Médico Dentista ao paciente no sentido de saber se fuma actualmente ou se já fumou, verificou-se que a esmagadora maioria aborda o paciente nesse sentido (88% dos inquiridos), porém, existe uma pequena minoria que não o faz (8% dos inquiridos) (Gráfico 19, Anexo IV).

No que toca ao tempo despendido pelo Médico Dentista a abordar o paciente acerca da cessação tabágica, os inquiridos afirmaram na sua grande maioria que perdem menos de 5 minutos (68% dos inquiridos), 16% referem que perdem entre 5 a 10 minutos e 12% referem que não perdem tempo algum. É ainda de referir que 4% dos inquiridos não deram o seu parecer nesta questão (Gráfico 20, Anexo IV).

Em relação ao facto do paciente estar disposto a parar de fumar, pretende-se saber se o Médico Dentista aconselhá-lo-ia e avaliá-lo-ia. Neste seguimento, os Médicos Dentistas inquiridos afirmam na sua grande maioria que aconselhá-lo-iam e avaliá-lo-iam (76% dos inquiridos). No entanto, uma pequena minoria revela não realizar aconselhamento e/ou avaliação ao paciente (20% dos inquiridos) (Gráfico 21, Anexo IV).

No que respeita à referenciação dos pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar notou-se que 84% dos inquiridos não referencia os seus pacientes, 12% referencia para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar e 4% não responderam (Gráfico 22, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber quais os serviços de encaminhamento. Verificou-se que dos Médicos Dentistas que afirmaram referenciar os seus pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar (12% dos inquiridos), 8% mencionaram as unidades de saúde familiar e numa pequena minoria os serviços cardiovascular, otorrinolaringologia e psicologia (4% dos inquiridos). É importante referir que o serviço de pneumologia não foi referenciado por nenhum dos Médicos Dentistas inquiridos (Gráfico 23, Anexo IV).

No que respeita à questão se o Médico Dentista apoia o paciente prescrevendo tratamentos para a dependência do tabaco, os inquiridos referiram na sua grande maioria que não o fazem (88% dos inquiridos), porém, uma pequena minoria afirma apoiar o paciente nesta questão (8% inquiridos) (Gráfico 24, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior considerámos pertinente saber qual/quais os tratamentos prescritos. Verificou-se que dos Médicos Dentistas que afirmaram apoiar o paciente (8% dos inquiridos), 4% prescrevem de forma similar gomas, pastilhas e adesivos transdérmicos. Nenhum outro tratamento foi assinalado (Gráfico 25, Anexo IV).

Relativamente à questão se recusa algum tipo de tratamento aos seus pacientes fumadores, 4% dos Médicos Dentistas inquiridos referiram que recusam algum tipo de tratamento, 92% mencionaram precisamente o contrário e 4% não deram qualquer parecer nesta questão (Gráfico 26, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber qual ou quais os tipos de tratamento que os Médicos Dentistas recusam aos seus pacientes fumadores. Dos Médicos Dentistas inquiridos que recusam algum tipo de tratamento aos seus pacientes fumadores (4% dos inquiridos), todos, sem excepção, referiram a colocação de implantes, no caso de fumadores severos (Gráfico 27, Anexo IV).

Foi igualmente questionado se marcariam o 1º dia de abstinência e se acompanhariam o paciente estabelecendo um programa de seguimento. Dos Médicos Dentistas inquiridos que responderam a esta questão, 64% referiram que não marcam o 1º dia de abstinência e, por sua vez, não acompanham o paciente estabelecendo um programa de seguimento (Gráfico 28, Anexo IV).

Nas situações em que o paciente tem dúvidas ou não quer deixar de fumar, pretendeu-se saber se o Médico Dentista promove a sua motivação no sentido de cessar o hábito. O parecer dos Médicos Dentistas inquiridos dividiu-se de modo similar, isto é, 48% referem promover a motivação do paciente e 44% não (Gráfico 29, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber que parâmetros são utilizados pelo Médico Dentista para a motivação do paciente para deixar de fumar. Dos que mencionaram motivar, 48% revelaram utilizar o parâmetro da relevância de benefícios, 44% afirmaram utilizar o parâmetro dos riscos em continuar e, por último, com um peso menos expressivo 4% dos inquiridos utilizam o parâmetro das recompensas (Gráfico 30, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber se, no caso da abordagem referida não resultar, se o Médico Dentista passaria a uma abordagem mais intensiva. 12% dos inquiridos referiram passar a uma abordagem mais intensiva, 68% mencionaram que não e 20% não deram qualquer parecer nesta questão (Gráfico 31, Anexo IV).

No âmbito das questões anteriores relativamente ao paciente ter dúvidas ou não querer deixar de fumar, pretendeu-se saber se o Médico Dentista sabendo que o paciente não consegue deixar de fumar, se suspende a medicação. Dos Médicos Dentistas inquiridos que afirmam apoiar o paciente prescrevendo tratamentos para dependência do tabaco (8%), metade suspende a medicação e outra metade não o faz (Gráfico 32, Anexo IV).

No que respeita à questão: “se o paciente já foi fumador, aborda-o se deixou de fumar há pelos menos 5 anos por causa da questão da prevenção da recaída?” verificou-se que 20% dos inquiridos abordam o paciente sobre esta questão, 72% referiram que não o fazem e 8% não deram qualquer parecer nesta questão (Gráfico 33, Anexo IV).

No caso de um paciente que nunca fumou, considerámos pertinente aferir se o Médico Dentista lhe dá algum reforço positivo para que continue na abstinência. Verificou-se que 48% dos inquiridos dão um reforço positivo ao paciente para continuar na abstinência, 44% referiram que não o fazem e 8% não deram qualquer parecer nesta questão (Gráfico 34, Anexo IV).

1.10. Outras questões relevantes

Relativamente à opinião do Médico Dentista quanto aos resultados das consultas de cessação tabágica, a esmagadora maioria refere que as consultas de cessação tabágica não trazem resultados (80% dos inquiridos). Apenas 16% refere o contrário (Gráfico 35, Anexo IV).

Quanto ao interesse em participar em formações subordinadas à temática da cessação tabágica organizadas pelas organizações de saúde dentárias, 88% dos Médicos Dentistas inquiridos demonstraram interesse em participar neste tipo de formações. Por outro lado, 8% dos inquiridos não revelaram interesse em participar (Gráfico 36, Anexo IV).

No seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber quais as modalidades de formações sobre cessação tabágica que os Médicos Dentistas teriam mais interesse em participar. Dos que demonstraram interesse em participar, 48% optariam por cursos de fim de dia, 24% por *workshops* e 20% elegeram as formações realizadas ao fim de semana (Gráfico 37, Anexo IV).

Foi igualmente questionado se consideravam que as organizações de saúde dentárias deveriam realizar mais acções formativas sobre cessação tabágica. Verificou-se que 44% o consideram razoável, 32% consideram-no muito importante e 12% referiram ser extremamente importante. Por outro lado, 8% dos inquiridos consideram-no pouco importante (Gráfico 38, Anexo IV).

A última questão do inquérito pretendia avaliar o grau de importância dada à cessação tabágica (classificada em: pouco importante, razoável, muito importante e extremamente importante) aquando da realização de diferentes procedimentos médico-dentários. Por ordem crescente na escala de importância, a cessação tabágica aquando da realização de

tratamento endodôntico não-cirúrgico, foi classificada como pouco importante ou razoável por 36% e por 44% dos inquiridos, respectivamente. De seguida para restaurações dentárias e próteses dentárias removíveis a cessação tabágica foi classificada como sendo de importância razoável por 40% e 48% dos inquiridos, respectivamente. Em relação à prótese dentária fixa a cessação tabágica assume-se com uma importância razoável ou muito importante (36% e 40%, respectivamente). No que concerne aos procedimentos de destarização e polimento e raspagem e alisamento radicular a cessação tabágica foi classificada como muito importante (56% e 60%, respectivamente). Para a realização de extracções dentárias, de cirurgia oral (excepto extracção dentária), de implantes dentários e de cirurgia periodontal os inquiridos referem a cessação tabágica como sendo muito importante (40%, 48%, 40% e 44%, respectivamente) ou extremamente importante (36%, 36%, 48% e 52%, respectivamente). No que concerne ao branqueamento dentário, 64% dos inquiridos consideram a cessação tabágica como extremamente importante aquando da sua realização (Gráfico 39, Anexo IV).

V. Discussão de Resultados

1. Análise crítica dos resultados

O objectivo deste estudo foi avaliar qual a abordagem dos Médicos Dentistas da freguesia de Paranhos, no que concerne à cessação tabágica dos seus pacientes.

No que respeita ao perfil dos inquiridos, verifica-se que a maioria dos Médicos Dentistas (60%) é do género feminino. Estes dados estão em concordância com os números da OMD portuguesa, emitidos em 2013, cuja distribuição por género possui um valor estatístico semelhante, representando o género feminino 57% dos Médicos Dentistas em geral.

No que concerne à idade dos Médicos Dentistas inquiridos a média de idades foi de 34,6 anos. Estes dados não estão em concordância com os números da OMD de 2013, cuja média etária geral corresponde a 37,63 anos. No entanto, a classe profissional continua a ser jovem.

Os Médicos Dentistas inquiridos possuem, na sua maioria, 10 a 11 anos de experiência clínica e são maioritariamente licenciados pela FMDUP (48%), pelo ISCS Norte (32%) e pela FCS-UFP (20%). Comparando estes dados com os números da OMD portuguesa emitidos em 2013, a distribuição pelas diferentes instituições de ensino referentes ao ano de 2012 é semelhante à encontrada no nosso estudo, ainda que naturalmente com outra expressão (19,3% FMDUP, 18,8% ISCS Norte e 9% FCS-UFP).

No âmbito das consultas de cessação tabágica, na freguesia de Paranhos, a maioria dos Médicos Dentistas inquiridos (96%) não realizam estas consultas. As principais razões apresentadas para não o fazerem são a falta de tempo (52%), a falta de competências (40%), a resistência prevista do doente (20%), as dúvidas sobre a eficácia das acções (16%) e o difícil acesso ao material de informação ao doente (12%). É importante referir que a falta de mecanismos de reembolso e a falta de confiança, que são das razões mais comuns de acordo com a literatura científica consultada, revelaram-se neste estudo pouco expressivas (8% e 4%, respectivamente).

Apesar da maioria dos Médicos Dentistas inquiridos não realizar consultas de cessação tabágica, verificou-se que 88% dos inquiridos faz aconselhamento. Apesar de o nosso estudo ter sido realizado apenas numa freguesia, o que resultou numa amostra pequena (25 Médicos Dentistas numa população de cerca de 48 Médicos Dentistas), se compararmos os resultados obtidos com os de um estudo semelhante realizado em 2012 pela OMD com uma amostra de mais de 1800 Médicos Dentistas, os resultados são muito semelhantes, verificando-se que mais de 80% dos Médicos Dentistas em Portugal realizam aconselhamento aos seus pacientes. Posto isto, no seguimento da questão anterior, pretendeu-se saber qual o tipo de aconselhamento que os Médicos Dentistas inquiridos praticam, tendo-se verificado que 88% dos inquiridos realizam apenas um aconselhamento genérico. É de referir que 4% dos inquiridos que previamente tinham afirmado realizar consultas de cessação tabágica, na verdade, aconselham o paciente a ser encaminhado para uma consulta de cessação tabágica.

É importante notar que apenas uma pequena parte dos Médicos Dentistas revelou ter tido uma formação pré ou pós graduada suficiente (8% dos inquiridos). No entanto, grande parte referiu precisamente o contrário (88% dos inquiridos) e houve ainda 4% que não se manifestaram nesta questão, o que eventualmente explica a falta de competências sobre a cessação tabágica referida pelos Médicos Dentistas inquiridos.

Se, por um lado, 68% dos Médicos Dentistas referiram conhecer algum fármaco que possa ajudar um paciente seu a deixar de fumar, quanto às pautas terapêuticas e respectivas doses de tratamento dos fármacos que previamente afirmaram conhecer, verificou-se um grande desconhecimento nesta matéria por 48% (dos 68%) dos Médicos Dentistas inquiridos. Posto isto, analisando os dados, nota-se que eventualmente há conhecimento por parte dos Médicos Dentistas sobre a farmacoterapia a utilizar na cessação tabágica, no entanto, quanto à sua pauta terapêutica e respectiva posologia só um pequeno grupo é que refere o seu conhecimento, pelo que deveria haver um esforço no sentido de realizar mais acções formativas sobre esta temática. É igualmente relevante o facto de 96% dos inquiridos nunca terem prescrito um fármaco para a cessação tabágica. Por outro lado, dos 4% que já prescreveram, o fármaco de eleição é o Champix[®] que, de acordo com a literatura científica consultada, parece ser o mais eficaz. Novamente as respostas a estas duas questões vêm reforçar o que já foi dito quanto ao conhecimento dos fármacos,

respectivas pautas terapêuticas e posologias, de que as organizações de saúde dentárias têm de realizar mais acções formativas neste sentido.

52% dos Médicos Dentistas inquiridos já ouviram falar de algum programa de cessação tabágica, mas 48% afirmou que não. Quando questionados sobre qual/quais os programas que conheciam, verificou-se que 40% dos inquiridos conheciam o programa de intervenção breve e 12% o programa de intervenção de apoio intensivo. A intervenção breve pode igualmente ser designada por abordagem do 5 As. De forma a validarmos as respostas dadas à questão anterior, optámos por colocar novamente a questão, mas da seguinte forma: “conhece a abordagem do 5 As?” o que permitiu observar que dos 40% dos Médicos Dentistas conhecedores da intervenção breve, apenas 4% afirmaram ser conhecedores da abordagem dos 5 As, o que mais uma vez revela desconhecimento nesta temática.

No que respeita a adoptar questionários para compreender os motivos que levaram os pacientes a começar a fumar, apenas 8% dos inquiridos assume que o faz. No entanto, a maioria dos Médicos Dentistas inquiridos não adopta qualquer questionário (88% dos inquiridos). Pode então concluir-se que os Médicos Dentistas inquiridos realizam um aconselhamento genérico, de curta duração, não avaliando o grau de dependência e de motivação do paciente, bem como as estratégias que poderão ser adoptadas para uma mudança de comportamento.

Analisando as questões referentes à intervenção propriamente dita dos Médicos Dentistas no âmbito da cessação tabágica, no que respeita à abordagem dos 5 As (Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar), verifica-se que a maioria dos Médicos Dentistas inquiridos aborda o paciente quanto aos seus hábitos tabágicos (88% dos inquiridos). Estes dados estão de acordo com os resultados obtidos no estudo já anteriormente referido da OMD, em que 96% dos Médicos Dentistas Portugueses questiona os seus pacientes sobre o consumo de tabaco. No que concerne ao tempo despendido a abordar o paciente acerca da cessação tabágica, verificou-se que, na sua maioria (68%), os inquiridos perdem menos de 5 minutos, 16% referem que perdem entre 5 a 10 minutos e 12% referem que não perdem tempo algum. Estes dados revelam que a abordagem ao paciente fumador é de curta duração consistindo num aconselhamento mínimo/genérico, como já foi referido anteriormente. Quanto a aconselhar e avaliar o

paciente fumador que estivesse na disponibilidade de parar de fumar, 76% dos inquiridos refere que o faz. No que respeita ao encaminhamento dos pacientes para unidades de saúde familiar ou para ambiente hospitalar, somente 12% dos inquiridos mencionam esta possibilidade. No seguimento desta questão, apuraram-se quais os serviços para os quais era feito o encaminhamento dos pacientes, tendo-se verificado que dos 12% de Médicos Dentistas que faz o encaminhamento para consultas de cessação tabágica, a maioria (8% dos inquiridos) encaminha para unidades de saúde familiar e o restante para os serviços cardiovascular, otorrinolaringologia e psicologia (4% dos inquiridos). O serviço de Pneumologia não foi referido por nenhum dos Médicos Dentistas inquiridos. Analisando estes dados, revela-se evidente que as unidades de saúde familiar são as principais entidades que lidam com o processo de desabituação tabágica. No entanto, segundo a Administração Regional de Saúde do Norte em Abril de 2008, nos Hospitais Centrais, São João e Santo António, os serviços de encaminhamento de eleição são a Pneumologia (Hospital de São João) e a Psiquiatria (Hospital de Santo António), sendo o processo de encaminhamento feito por marcação pelo médico de família para o Hospital São João, enquanto que no Hospital Santo António são realizadas consultas individuais e de grupo aos doentes e funcionários do hospital. No que concerne a ajudar o paciente fumador, através da prescrição de tratamentos para a dependência do tabaco, verificou-se que apenas 8% dos inquiridos assume que prescreve algum tipo de tratamento farmacológico, sendo que a terapia de eleição, nesses casos, seria a terapêutica de substituição de nicotina (4% dos inquiridos prescrevem gomas e 4% prescrevem pastilhas e adesivos transdérmicos). Comparando novamente os resultados obtidos com os do estudo da OMD já referido anteriormente, é possível observar que os resultados são semelhantes, tendo-se verificado, no referido estudo, que 13% dos Médicos Dentistas Portugueses prescrevem terapêutica de substituição de nicotina aos seus pacientes. No entanto, estes dados são altamente contraditórios se analisarmos as respostas dadas anteriormente à questão 8.2, em que apenas 4% (e não 8%) dos inquiridos tinha referido que prescrevia tratamento farmacológico para a cessação tabágica. Além disso, quando questionados, em forma de questão aberta, sobre qual o fármaco que normalmente prescrevem, as respostas foram unânimes em afirmar que era o Champix[®]. De notar, que nenhuma das respostas dadas à questão 8.3 foi no sentido da prescrição de tratamentos de substituição de nicotina, como gomas, pastilhas ou adesivos transdérmicos, que agora referem.

Os dados revelam que apenas 4% dos Médicos Dentistas recusam algum tratamento aos seus pacientes pelo facto de serem fumadores, 92% refere não ter esse facto em consideração e 4% não se manifestaram quanto a esta questão. De salientar que, os 4% que recusam algum tipo de tratamento, o fazem quando o tratamento envolve colocação de implantes em fumadores severos. Por último, na abordagem dos 5 As vem a marcação do 1º dia de abstinência tabágica e o acompanhamento do paciente para o estabelecimento dum programa de seguimento. Pela análise dos dados verificou-se que, de todos os Médicos Dentistas inquiridos que responderam a esta questão (64% dos inquiridos), nenhum estabelece com o paciente o 1º dia de abstinência e, da mesma forma, nenhum acompanha o paciente ou estabelece um programa de seguimento. Pode-se então concluir que os Médicos Dentistas inquiridos apenas realizam aconselhamento genérico, muito provavelmente por motivos de falta de tempo e/ou falta de competências, razões por eles apontadas.

Em situações em que o paciente tem dúvidas ou em que efectivamente não quer deixar de fumar, foi colocada a questão se o Médico Dentista promoveria a sua motivação para parar de fumar. Verificou-se que 48% dos inquiridos promovem a motivação do paciente, enquanto 44% simplesmente não motiva o paciente nesse sentido. Estes dados eventualmente denotam mais uma vez a falta de tempo e/ou a falta de competências que os Médicos Dentistas inquiridos já referiram anteriormente e que, aliado a um aconselhamento genérico inferior a 5 minutos, tornam a sua abordagem na cessação tabágica bastante limitada. Entre os Médicos Dentistas que promovem a motivação do paciente, os aspectos mais utilizados nesse sentido são a relevância de benefícios (48%), os riscos em continuar a fumar (44%) e as recompensas da cessação (4%), o que revela que a estratégia de motivação assenta sobretudo nas vantagens e desvantagens do consumo do tabaco. De referir que, contrariamente, no estudo da OMD o parâmetro dos riscos em continuar foi o mais assinalado por 91% dos Médicos Dentistas da amostra representativa de Portugal. No caso de o paciente ter dúvidas ou não conseguir parar de fumar, dos 8% dos Médicos Dentistas que prescrevem tratamento farmacológico, 4% opta por suspender a medicação, no entanto os outros 4% não suspendem, o que demonstra uma clara falta de consenso relativamente a esta questão.

No que concerne aos pacientes ex-fumadores verificou-se que apenas 20% dos Médicos Dentistas abordavam o paciente no sentido de saber se tinha deixado de fumar há pelo

menos 5 anos. Esta questão reveste-se de especial importância se considerarmos o alto risco de recaída durante esse período. Tendo em conta que a esmagadora maioria dos inquiridos (72%) não aborda esta questão, podemos inferir que há um grande desinteresse ou muita desinformação acerca desta temática.

Da mesma forma, relativamente aos não-fumadores, verificou-se que 44% dos Médicos Dentistas não fazem qualquer reforço positivo no sentido de os incentivar a continuar na abstinência. Apesar de tudo, 48% dos inquiridos afirmam fazê-lo, revelando preocupação e uma maior aposta na prevenção.

Quando questionados sobre a eficácia das consultas de cessação tabágica, a maioria dos Médicos Dentistas inquiridos (80%) são da opinião que estas consultas não trazem resultados. Estes dados são facilmente explicados se tivermos em conta o facto de os Médicos Dentistas inquiridos realizarem apenas um aconselhamento genérico, com uma duração inferior a 5 minutos, o que claramente não permite criar empatia com o paciente, compreender os motivos que o levaram a começar a fumar ou mesmo estabelecer estratégias para que possam mudar o seu comportamento.

De qualquer das formas, a grande maioria dos Médicos Dentistas (88%) revelou interesse em participar em formações sobre cessação tabágica, especialmente nas modalidades de fim de dia (48% dos inquiridos), *workshops* (24% dos inquiridos) ou ao fim-de-semana (20% dos inquiridos). Além do mais, foi possível verificar que os Médicos Dentistas inquiridos consideram que as organizações de saúde dentárias deveriam realizar mais acções subordinadas a esta temática. Há portanto um reconhecimento da importância da cessação tabágica, uma consciencialização das suas limitações e falta de competências mas, acima de tudo, uma evidente vontade de melhorar e assumir um papel mais proactivo neste contexto.

2. Dificuldades do estudo

A grande limitação deste estudo prende-se, muito provavelmente, com o reduzido tamanho da amostra uma vez que não houve, da parte dos futuros colegas, a colaboração desejada.

VI. Conclusão

Retomando o objectivo inicial deste estudo, avaliar qual a abordagem dos Médicos Dentistas da freguesia de Paranhos no que respeita à cessação tabágica dos seus pacientes, os resultados obtidos contam com uma amostra de Médicos Dentistas relativamente pequena (25 Médicos Dentistas de um total de 48 existentes na freguesia de Paranhos), que não pode ser representativa dos Médicos Dentistas em Portugal. No entanto, não deixa de ser um contributo precioso para compreender a intervenção dos Médicos Dentistas na cessação tabágica.

Apesar das limitações do estudo, podemos concluir que, na população estudada, a intervenção do Médico Dentista no âmbito da cessação tabágica é muito limitada, cingindo-se a um aconselhamento genérico, com uma duração inferior a 5 minutos, seja por falta de tempo e/ou por falta de competências, sendo as unidades de saúde familiar as principais entidades que acolhem actualmente os pacientes fumadores para realização da sua mudança de comportamento. Relativamente à farmacoterapia, é de referir que os poucos que prescrevem medicação para a cessação tabágica elegem a terapêutica de substituição de nicotina, como a terapêutica de eleição. No entanto, de acordo com a literatura científica consultada, não parece ser esta a que apresenta melhores resultados. É essencial que as organizações de saúde dentárias continuem a realizar mais formações sobre cessação tabágica e a implementar durante o ensino pré e pós-graduado o protocolo de cessação tabágica para que os profissionais de Medicina Dentária possam intervir desde cedo para alterar os hábitos tabágicos dos seus pacientes fumadores, possam prevenir as recaídas em ex-fumadores e premiar quem nunca fumou.

De referir que na literatura científica disponível existem poucos estudos sobre a abordagem dos Médicos Dentistas no âmbito da cessação tabágica, pelo que se tornou difícil comparar os resultados obtidos. Posto isto, são necessários mais estudos neste sentido, a fim de compreender o que está a falhar e criar uma solução estratégica para que chegue a informação aos profissionais de saúde, especialmente aos Médicos Dentistas.

VII. Bibliografia

Albert, D e Ward, A. (2012). Tobacco cessation in the dental office. *Dental Clinics of North America*, 56(4), pp. 747-770.

Alfaya, T.A *et alii* (2012). Eritroplasia bucal: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 14(1), pp. 94-97.

Aubin, H.J., Karila, L. e Reynaud, M. (2011). Pharmacotherapy for smoking cessation: present and future. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14), pp. 1343-1350.

Batra, A. (2011). Treatment of tobacco dependence. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(33), pp. 555-564.

Beaglehole, R.H. e Benzian H.M. (2006). Tabaco ou Saúde Oral: Guia para profissionais de saúde oral. In: Beaglehole, R.H. e Benzian H.M. (Ed.). *As Associações Profissionais da Saúde Oral e a Luta contra o Tabagismo*. Lowestoft, RU, FDI World Dental Press Ltd, pp. 41-53.

Binnie, V.I. (2008). Addressing the topic of smoking cessation in a dental setting. *Periodontology 2000*, 48, pp. 170-178.

Brose, L.S. *et alii* (2011). What makes for an effective stop-smoking service?. *Thorax*, 66(10), pp. 924-926.

Cahill, K., Stead, L.F. e Lancaster, T. (2008). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, pp. 1-41.

Cahill, K., Stead, L.F. e Lancaster T. (2010 e 2011). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, pp. 1-65.

Cahill, K., Stead, L.F. e Lancaster, T. (2012). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, pp. 1-80.

Candidíase. [Em linha]. Disponível em <<http://candidiase.org/wp-content/uploads/2013/05/Candidiase-Oral.jpg>>. [Consultado em 25/06/13].

Carvalho, M. (2003). Periodontia Médica: uma abordagem integrada. In: Júnior, C. e Brocanelo, R. (Ed.). *A importância do tabagismo como factor de risco para a doença periodontal*. Bela Vista, SP, Sena, pp. 357-375.

Chaly, P.E. (2007). Tobacco control in India. *Indian Journal of Dental Research*, 18(1), pp. 2-5.

Corelli, R.L. e Hudmon, K.S. (2006). Pharmacologic interventions for smoking cessation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(1), pp. 39-51.

Direção-Geral de Saúde (2007). Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. Circular Normativa N°26.

Eisenberg, M.J. *et alii* (2008). Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Medical Association Journal*, 179(2), pp. 135-144.

European Commission, Special Eurobarometer (2006). *Attitudes of European towards tobacco N° 239(2)*. European Commission, Special Eurobarometer.

FFUP. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0607/nicotina/cfq.htm>>. [Consultado em 26/03/13].

Fiore, M.C. e Baker, T.B. (2011). Clinical practice: Treating smokers in the health care setting. *The New England Journal of Medicine*, 365(13), pp. 1222-1231.

Gallagher, J.E. *et alii* (2010). Public health aspects of tobacco control revisited. *International Dental Journal*, 60(1), pp. 31-49.

Garcia de Sousa, F.A. e Rosa, L.E. (2008). Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74(2), pp. 284-292.

Gordon, J.S. *et alii* (2009). Tobacco education in dentistry and dental hygiene. *Drug and Alcohol Review*, 28(5), pp. 517-532.

Grief, S.N. (2011). Nicotine dependence: health consequences, smoking cessation therapies, and pharmacotherapy. *Primary Care*, 38(1), pp. 23-39.

Hays, J.T., Ebbert, J.O. e Sood, A. (2009). Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(8), pp. 730-736.

Heasman, L. *et alii* (2006). The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. *Journal of Clinical Periodontology*, 33(4), pp. 241-253.

Heckman, C.J., Egleston, B.L. e Hofmann, M.T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19(5), pp. 410-416.

Hilgers, K.K. e Kinane, D.F. (2004). Smoking, periodontal disease and the role of the dental profession. *International Journal of Dental Hygiene*, 2(2), pp. 56-63.

INS (2005/2006). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, ISN.

Johnson, G.K. e Hill, M. (2004). Cigarette smoking and the periodontal patient. *Journal of Periodontology*, 75(2), pp. 196-209.

Johnson, G.K. e Guthmiller, J.M. (2007). The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. *Periodontology 2000*, 44, pp. 178-194.

Karnath, B. (2002). Smoking Cessation. *The American Journal of Medicine*, 112(5), pp. 399-405.

Kirchenchtejn, C. e Chatkin, J.M. (2004). Diretrizes para Cessação do Tabagismo: Dependência da Nicotina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 30(Supl 2), pp. 11-18.

Laniado-Laborín, R. (2010). Smoking cessation intervention: an evidence-based approach. *Postgraduate Medicine*, 122(2), pp. 74-82.

Lozier, E.B. e Gonzalez, Y.M. (2009). Smoking cessation practices in the dental profession. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 10(4), pp. 97-103.

Lunet, N. e Barros, H. (2004). A epidemia do tabaco em países de língua portuguesa. *Arquivos de Medicina*, 18(3), pp. 156-158.

Mantler, T., Irwin, J.D. e Morrow, D. (2012). Motivational interviewing and smoking behaviors: a critical appraisal and literature review of selected cessation initiatives. *Psychological Reports*, 110(2), pp. 445-460.

Martins, R.B., Giovani, E.M. e Villalba, H. (2008). Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 26(4), pp. 467-476.

McNeil, J.J., Piccenna, L. e Ioannides-Demos, L.L. (2010). Smoking cessation-recent advances. *Cardiovascular Drugs and Therapy*, 24(4), pp. 359-367.

Mills, E.J. *et alii* (2012). Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Annals of Medicine*, 44(6), pp. 588-597.

Moore, D. *et alii* (2009). Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 338, pp. 1-9.

Motta do Canto, A. *et alii* (2010). Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 85(5), pp. 669-675.

Needleman, I.G. *et alii* (2010). Improving the effectiveness of tobacco use cessation (TUC). *International Dental Journal*, 60(1), pp. 50-59.

Neville, B.W. e Day, T.A. (2002). Oral Cancer and Precancerous Lesions. *A Cancer Journal for Clinicians*, 52, pp. 195-215.

Neville, B.W. *et alii* (2004). Patologia Oral & Maxilofacial. *In*: Neville, B.W. *et alii* (Ed.). *Defeitos do Desenvolvimento da Região Maxilofacial e Oral: Língua Pilosa (Língua Pilosa Negra)*. Segunda Edição. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, pp. 12-13.

Neville, B.W. *et alii* (2004). Patologia Oral & Maxilofacial. *In*: Neville, B.W. *et alii* (Ed.). *Doenças Fúngicas e Protozoárias: Candidose*. Segunda Edição. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, pp. 183-189.

Neville, B.W. *et alii* (2004). Patologia Oral & Maxilofacial. *In*: Neville, B.W. *et alii* (Ed.). *Injúrias Físicas e Químicas: Melanose do Fumante*. Segunda Edição. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, pp. 263-264.

Neville, B.W. *et alii* (2004). Patologia Oral & Maxilofacial. *In*: Neville, B.W. *et alii* (Ed.). *Patologia Epitelial: Eritroplasia (Eritroplaquia; Eritroplasia de Queyrat)*. Segunda Edição. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, pp. 333-334.

Neville, B.W. *et alii* (2004). Patologia Oral & Maxilofacial. *In*: Neville, B.W. *et alii* (Ed.). *Patologia Epitelial: Estomatite Nicotínica (Palato de Nicotina; Palato de Fumante)*. Segunda Edição. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, pp. 338-339.

Neto, M.M., Danesi, C.C. e Unfer, D.T. (2005). Candidíase Bucal: Revisão da Literatura. *Revista do Centro de Ciências da Saúde*, 31 (1 - 2), pp. 16-26.

OMD. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2006/05/tabaco-saude-oral>>. [Consultado em 20/09/2013].

OMD. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2009/05/algoritmotabaco.pdf>>. [Consultado em 10/07/13].

OMD. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/noticias/2009/05/locaiscct.pdf>>. [Consultado em 22/08/2013].

OMD. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ond.pt/congresso/2011/conferencistas/francisco-rodriguez-lozano>>. [Consultado em 20/09/2013].

OMD. [Em linha]. Disponível em <<http://www.omb.pt/noticias/2013/05/tabaco-medicina-dentaria>>. [Consultado em 20/09/2013].

OMD. [Em linha]. Disponível em <<http://http://www.omb.pt/numeros/2013>>. [Consultado em 20/09/2013].

Ordem dos Farmacêuticos (2008). Farmacoterapia da cessação tabágica. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, Sup.86, pp. 3-4.

Prime Health Channel. Disponível em <<http://www.primehealthchannel.com/wp-content/uploads/2011/05/glossitis-after-surgery.jpg>>. [Consultado em 25/06/13].

Ramseier, C.A. e Fundak, A. (2009). Tobacco use cessation provided by dental hygienists. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(1), pp. 39-48.

Rebello, L. (2004). Consulta de cessação tabágica – uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, pp. 87-98.

Santos, L.L. e Teixeira, L.M. (2011). Oncologia Oral. In: Santos, L.L. e Teixeira, L.M. (Ed.). *Cancro Oral: a Dimensão do Problema. Quem são os Doentes de Risco?*. Lisboa, PT, Lidel – Edições técnicas, Lda, pp. 1-6.

Schmelzle, J., Rosser, W.W. e Birtwhistle, R. (2008). Update on pharmacologic and nonpharmacologic therapies for smoking cessation. *Canadian Family Physician*, 54(7), pp. 994-999.

Shah S.D. *et alii* (2008). Systematic review and meta-analysis of combination therapy for smoking cessation. *Journal of the American Pharmacists Association (2003)*, 48(5), pp. 659-665.

Sham A.S. *et alii* (2003). The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Medical Journal*, 9(4), pp. 271-277.

Shiffman, S. e Ferguson, S.G. (2008). Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis. *Addiction*, 103(4), pp. 557-563.

Soames, J.V. e Southam, J.C. (2008). Patologia Oral. *In: Soames, J.V. e Southam, J.C. (Ed.). Infecções da Mucosa Oral: Glossite Romboidal Mediana*. Quarta Edição. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan, pp. 161-162.

Stead, L.F. *et alii* (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, pp. 1-194.

U.S. Department of Health and Human Services (1988). *The Health consequences of smoking. Nicotine Addiction a report of Surgeon General*. Rockville, U.S. Department of Health and Human Services.

van den Brink, W. (2012). Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Current Drug Abuse Reviews*, 5(1), pp. 3-31.

Vanka, A. *et alii* (2009). A review of tobacco cessation services for youth in the dental clinic. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 27(2), pp. 78-84.

Walsh, M.M. e Ellison, J.A. (2005). Treatment of tobacco use and dependence: the role of the dental professional. *Journal of Dental Education*, 69(5), pp. 521-537.

Warnakulasuriya, S. *et alii* (2010). Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *International Dental Journal*, 60(1), pp. 7-30.

West, R. *et alii* (2008). Effect of varenicline and bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt. *Psychopharmacology*, 197(3), pp. 371-377.

WHO (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva, WHO.

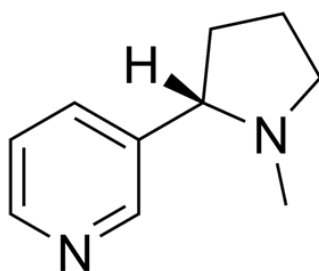
WHO (2006). *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World no tobacco day 2006.

Wilson, L.M. *et alii* (2012). Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review. *Journal of Environmental and Public Health*, Volume 2012, pp. 1-36.

VIII. Anexos

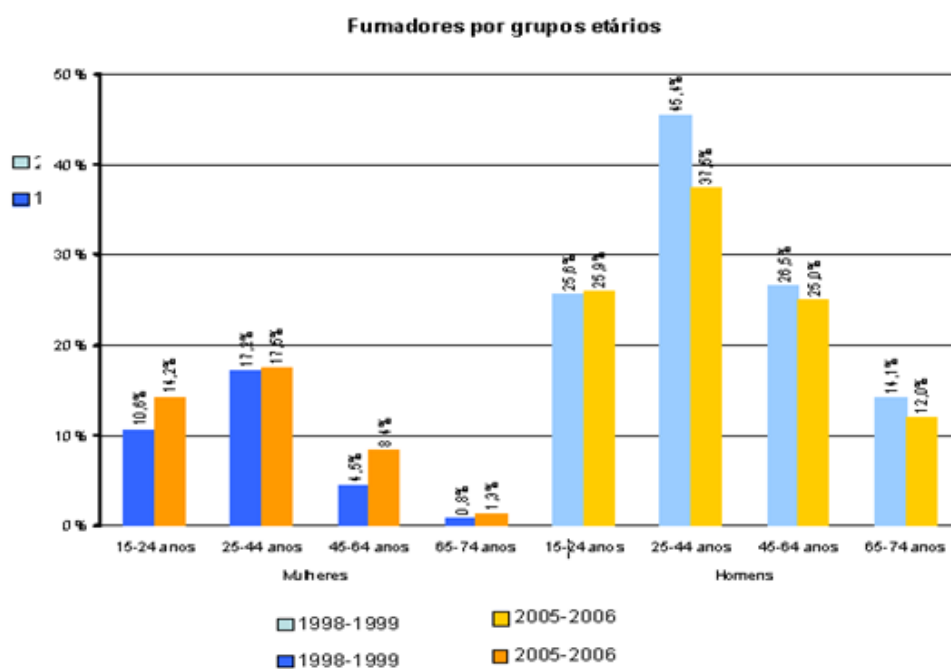
Anexo I – Figuras

Figura 1 – Estrutura química da nicotina



(FFUP. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0607/nicotina/cfq.htm>>. [Consultado em 26/03/13].)

Figura 2 – Evolução do consumo diário de tabaco, por género e grupos de idade. Análise comparativa entre os resultados obtidos nos INS 1998/99 e 2005/06



(Direcção-Geral de Saúde, 2007)

Figura 3 – Leucoplasia



(Retirado de Neville e Day, 2002)

Figura 4 – Eritroplasia



(Retirado de Neville e Day, 2002)

Figura 5 – Queratose do Fumador



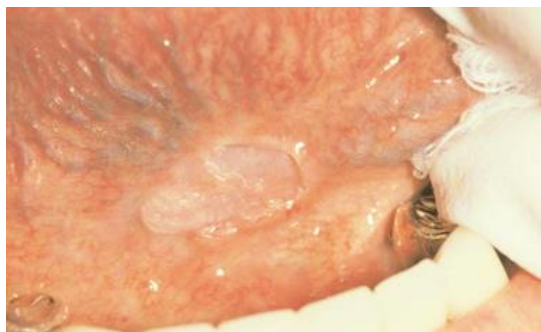
(Retirado de Albert e Ward, 2012)

Figura 6 – Líquen Plano



(Retirado de Motta do Canto *et al.*, 2010)

Figura 7 – Cancro Oral (Superfície ventral da língua/pavimento da boca)



(Retirado de Neville e Day, 2002)

Figura 8 – Estomatite Nicotínica



(Retirado de Neville e Day, 2002)

Figura 9 – Candidíase Hiperplásica



(Candidíase. [Em linha]. Disponível em <<http://candidiase.org/wp-content/uploads/2013/05/Candidiase-Oral.jpg>>. [Consultado em 25/06/13].)

Figura 10 – Glossite Rombóide Mediana



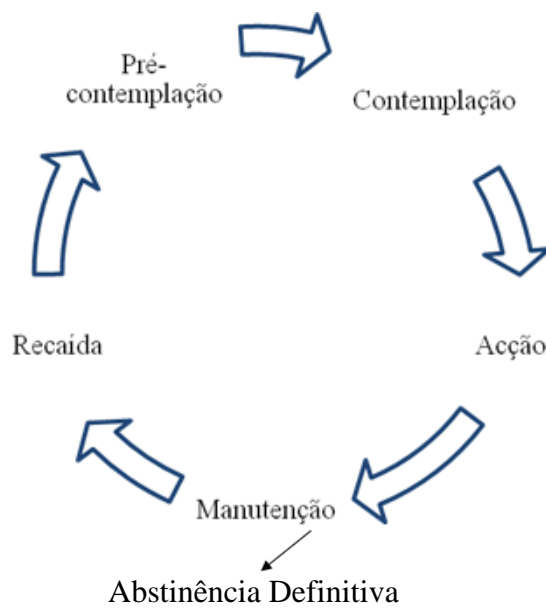
(Prime Health Channel. Disponível em <<http://www.primehealthchannel.com/wp-content/uploads/2011/05/glossitis-after-surgery.jpg>>. [Consultado em 25/06/13].)

Figura 11 – Língua Pilosa



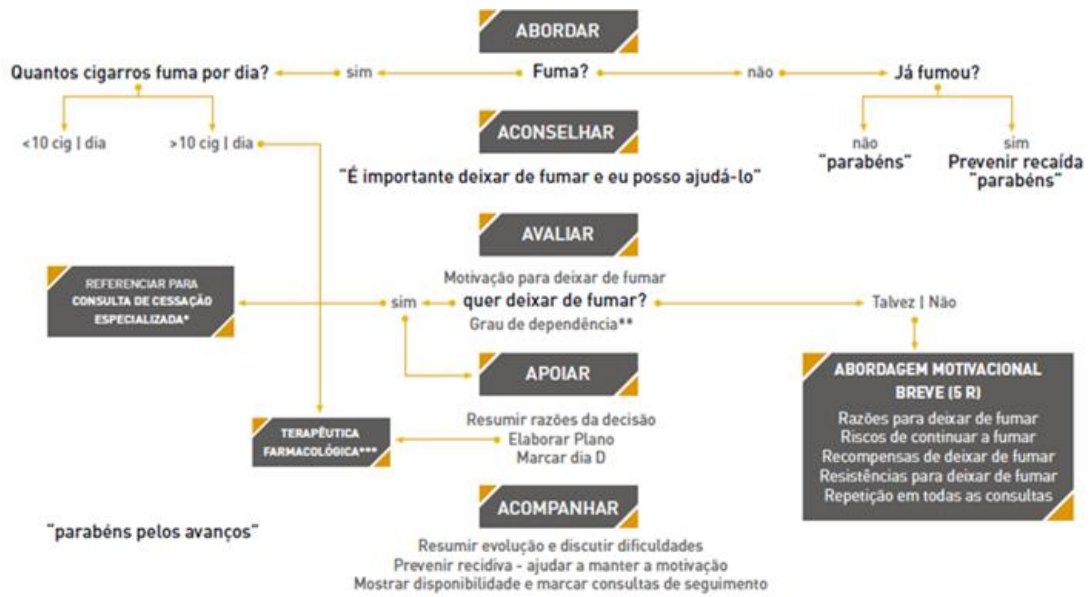
(Retirado de Albert e Ward, 2012)

Figura 12 – Roda dos Estádios da Mudança



(Direcção-Geral de Saúde, 2007)

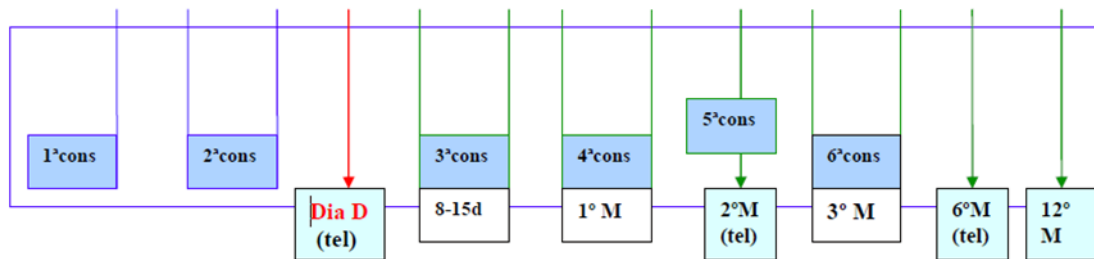
Figura 13 – Algoritmo clínico da Intervenção Breve (Modelo dos 5 A's)



(OMD. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.omb.pt/noticias/2009/05/algoritmotabaco.pdf>>. [Consultado em 10/07/13])

Figura 14 – Cronograma do Programa de Consultas de Apoio Intensivo



(Direcção-Geral de Saúde, 2007)

Anexo II – Tabelas

Tabela 1 – Teste de Fagestrom adaptado pela OMD

** TESTE DE FAGERSTROM ADAPTADO **		
1-Quando fuma o primeiro cigarro depois de acordar?	Nos 1 ^{os} 5 min.-3 6-30 min.-2 31-60 min.- 1 +60 min.-0	CRELHA DE INTERPRETAÇÃO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA MUITO ALTO 8-10 ALTO 6-7 MEDIO 5 BAIXO 2-4 MUITO BAIXO 0-2
2-Tem dificuldades em não fumar quando é proibido igreja, bibliografia, cinema, etc?	Sim - 1 Não - 0	
3- Que cigarro lhe custaria mais não fumar?	0 primeiro do dia -1 Qualquer outro -2	
4- Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos - 0 11-20 - 1 21-30 - 2 31 ou mais - 3	
5- Durante as primeiras horas, depois de acordar, fuma mais do que no resto do dia?	Sim - 1 Não - 0	
6- Fuma quando está doente ou acamado?	Sim - 1 Não - 0	

(OMD. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.omb.pt/noticias/2009/05/algorithmotabaco.pdf>>. [Consultado em 10/07/13])

Tabela 2 – Terapêutica Farmacológica segundo OMD

***TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA (Tabela cedida pelo CEMBE)								
FÁRMACO	FORMA FARMACÉUTICA	DOSAGEM	NOME COMERCIAL	POSOLOGIA	RECOMENDAÇÕES	REAÇÕES ADVERSAS	CONTRA INDICAÇÕES	
Nicotina	Gomas Pastilhas mastigáveis	1,5 mg	Nicopass	- Iniciar: 2mg se hábitos < 20 cigarros / dia - Iniciar: 4mg se hábitos ≥ 20 cigarros / dia - Inicialmente: 8 - 12 unid/ dia - Dose máxima: 50mg / dia - Duração tt: 8 - 12 semanas	- Iniciar tt no dia estipulado para cessação - Não fumar concomitantemente - Mastigação lenta e cíclica até obter sabor forte altura em que se deve promover o contacto com a mucosa bucal. - Duração média de cada unidade e +/- 30 min - Não ingerir alimentos ou bebidas (excepto água) 15 minutos antes e durante a mastigação.	- Ulceração oral - Soluços - Odinofagia - Náuseas - Meteorismo - Dispepsia - Celaléias	- Manutenção dos hábitos tabágicos - EAM < 4 semanas - Angina instável - Arritmia grave - AVC em evolução - Patologia orofaríngea - Patologia de articulação temporomandibular - Alterações dentárias	
		2 mg	Nicorette Nicotinell fruit gomas Nicotinell mint gomas Nicotinell pastilhas Niquitin					
		4 mg	Nicorette Nicotinell mintfruit Nicotinell mint Niquitin					
	Sistema transdérmico		21 mg/24h	Nicotinell TTS 30 Niquitin clear Nicopatch	- Iniciar: um adesivo de 21mg/ 24h ou 15mg/16 h durante 4-6 semanas se hábitos ≥ 20 cigarros / dia - Iniciar: um adesivo de 14 mg/24h ou 10 mg/16h durante 4-6 semanas se hábitos < 20 cigarros / dia - Períodos terapêuticos subsequentes de 2-4 semanas com redução gradual para sistema transdérmico com libertação de dose inferior de nicotina - Duração tt: 8-12 semanas.	- Iniciar tt no dia estipulado para cessação - Não fumar concomitantemente - Aplicar de manhã em pele sã, limpa e seca - Colocar de preferência no tronco ou porção proximal dos membros - Varnar local evitando pâncreo adiposo, mamas e zonas articulares - Substituir o adesivo após 24h - Se insónia retirar adesivo das 24h à noite ou optar pelos de 16h.	- Irritação cutânea - Prurido - Celaléias - Insónia - Náuseas - Dispepsia - Taquicardia	- Manutenção dos hábitos tabágicos - EAM < 4 semanas - Angina instável - Arritmia grave - AVC em evolução - Doença dermatológica grave
			14 mg/24h	Nicotinell TTS 20 Niquitin clear Nicopatch				
			7 mg/24h	Nicotinell TTS 10 Niquitin clear Nicopatch				
			15 mg/16h	Nicorette 15				
			10 mg/16h	Nicorette 10				
	Vareniclina	Comprimidos	0,5 mg	Champix	- Iniciar: 0,5mg/dia 3 dias - 4 ^o ao 7 ^o dia: 0,7mg 12/12h - 7 ^o dia 1mg 12/12h - Duração tt: 12 semanas - Efeitos secundários mantidos ou insuficiência renal grave: dose de manutenção 0,5mg 12/12h.	- Iniciar tt 1-2 semanas antes da data estipulada para cessação - Administrar com ou sem alimentos - Precauções em doentes com sintomas neuropsiquiátricos.	- Náuseas - Celaléias - Insónia - Sonhos anómalos - Obstipação	- Hipersensibilidade - Insuficiência renal terminal - < 18 anos - Gravidez
			0,5 mg + 1mg					
0,5 mg								

(OMD. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.omb.pt/noticias/2009/05/algorithmotabaco.pdf>>. [Consultado em

10/07/13].)

Tabela 3 – Eficácia da farmacoterapia na cessação tabágica (estudos realizados de 2008 a 2012)

Autor / Data	Tipo de Estudo	Estudos incluídos	Terapia Farmacológica avaliada	Objectivo do estudo	Resultados	Conclusões
Stead et al., 2012	Revisão Sistemática	55 RCTs Gomas vs Placebo ¹ 43 RCTs Adesivos transdérmicos vs Placebo ² 6 RCTs Comprimidos sublinguais/Pastilhas vs Placebo ³ 4 RCTs Inaladores vs Placebo ⁴ 4 RCTs Sprays nasais vs Placebo ⁵ 1 RCTs Spray oral vs Placebo ⁶ 9 RCTs Combinação Adesivos transdérmicos com outras TSN vs TSN ⁷ 8 RCTs TSN curta duração vs Placebo ⁸ 5 RCTs TSN vs Bupropiona ⁹ 4 RCTs Combinação TSN com Bupropiona vs Bupropiona ¹⁰	Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) Terapêutica Não Nicotínica (TNN) Terapêutica Combinada (TC)	Determinar o efeito terapêutico e verificar se há diferenças significativas entre as diferentes formas terapêuticas da TSN em comparação com o placebo em monoterapia ou em combinação entre si ou com outras formas terapêuticas como auxílio na cessação tabágica. Determinar se o efeito terapêutico é influenciado pela forma de dosagem ou tempo de utilização.	RR=1,49 ¹ RR=1,64 ² RR=1,95 ³ RR=1,90 ⁴ RR=2,02 ⁵ RR=2,48 ⁶ RR=1,34 ⁷ RR=1,18 ⁸ RR=1,01 ⁹ RR=1.24 ¹⁰	A TSN é uma terapêutica bastante eficaz para alcançar a cessação tabágica, mas aumentando as suas doses, a taxa de sucesso pode atingir os 50 a 70%.
Mills et al., 2012	Revisão Sistemática e Meta-Análise	146 RCTs (65 Dose Padrão Adesivos transdérmicos (≤22 mg) vs Placebo, 6 Alta Dose Adesivos transdérmicos (>22 mg) vs Placebo, 5 Alta Dose TSN vs Dose padrão Adesivos transdérmicos, 5 Combinação Adesivos transdérmicos + Inaladores vs Controlos Placebo, 6 Combinação TSN vs Adesivos transdérmicos, 48 Bupropiona vs Placebo, 11 Vareniclina vs Placebo)	Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) Terapêutica Não Nicotínica (TNN) Terapêutica Combinada (TC)	Comparar o efeito terapêutico de altas doses e combinações da TSN para aumentar as taxas de abstinência tabágica em comparação com a dose padrão de adesivos transdérmicos, a bupropiona e a vareniclina.	A <i>Multiple Treatment Comparison</i> descobriu que todas as terapêuticas oferecem benefícios de tratamento. Tanto a combinação das TSN como a alta dose da TSN não demonstraram efeitos consistentes sobre as outras intervenções terapêuticas. Com a excepção da vareniclina, os benefícios dos tratamentos ao longo da dose padrão da TSN não foram retidos a longo prazo.	A vareniclina é a terapêutica mais eficaz para a cessação tabágica.

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

<p>Cahill, Stead e Lancaster, 2008, 2010 & 2011, 2012</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>2008 7 RCTs Vareniclina vs Placebo¹ 3 RCTs Vareniclina vs Bupropiona² 1 RCT Vareniclina vs TSN³ 2010 & 2011 10 RCTs Dose Padrão Vareniclina vs Placebo¹ 4 RCTs Dose mais Baixa ou Variável Vareniclina vs Placebo² 3 RCTs Vareniclina vs Bupropiona³ 2 RCTs Vareniclina vs TSN⁴ 2012 14 RCTs Dose Padrão Vareniclina vs Placebo¹ 4 RCTs Dose mais Baixa ou Variável Vareniclina vs Placebo² 3 RCTs Vareniclina vs Bupropiona³ 2 RCTs Vareniclina vs TSN⁴</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) Terapêutica Não Nicotínica (TNN)</p>	<p>2008 Avaliar a eficácia e tolerabilidade comparando a vareniclina, bupropiona e a TSN para alcançar a cessação tabágica. 2010 & 2011, 2012 Avaliar a eficácia e tolerabilidade comparando a vareniclina, bupropiona e a TSN para alcançar a cessação tabágica.</p>	<p>2008 RR=2,33¹ RR=1,52² RR=1,31³ 2010 & 2011 RR=2,31¹ RR=2,09² RR=1,52³ RR=1,13⁴ 2012 RR=2,27¹ RR=2,09² RR=1,52³ RR=1,13⁴</p>	<p>2008, 2010 & 2011, 2012 A Vareniclina aumenta as hipóteses de parar de fumar com sucesso a longo prazo entre 2 a 3 vezes mais comparativamente a outras opções terapêuticas.</p>
<p>van den Brink, 2012</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>111 RCTs TSN vs Placebo (Gomas vs Placebo¹, Adesivos transdérmicos vs Placebo², Comprimidos sublinguais/Pastilhas vs Placebo³, Inaladores vs Placebo⁴, Sprays nasais vs Placebo⁵) 5 RCTs (TSN vs Bupropiona⁶, TSN vs Vareniclina⁷) 11 RCTs Vareniclina vs Placebo⁸ 3 RCTs Vareniclina vs Bupropiona⁹ 49 RCTs Bupropiona vs Placebo¹⁰ 9 RCTs Nortriptilina vs Placebo¹¹ 6 RCTs Clonidina vs Placebo¹²</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) Terapêutica Não Nicotínica (TNN)</p>	<p>Avaliar a eficácia das terapêuticas farmacológicas de primeira linha e de segunda linha de cessação tabágica.</p>	<p>RR=1,43¹ RR=1,66² RR=2,00³ RR=1,90⁴ RR=2,02⁵ RR=1,42⁶ RR=1,54⁷ RR=2,31⁸ RR=1,52⁹ RR=1,69¹⁰ RR=2,03¹¹ RR=1,63¹²</p>	<p>A vareniclina é a terapêutica mais eficaz, imediatamente seguida pela TSN, bupropiona, nortriptilina e a clonidina.</p>
<p>Brose et al., 2011</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>24 Casos-Controlo (TSN vs Placebo¹, Combinação TSN vs TSN², Vareniclina vs TSN³, Bupropiona vs TSN⁴)</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) Terapêutica Não Nicotínica (TNN) Terapêutica Combinada (TC)</p>	<p>Avaliar a eficácia da monoterapia da TSN comparativamente com a vareniclina e bupropiona e relativamente à terapêutica combinada da TSN.</p>	<p>OR=1,75¹ OR=1,42² OR=1,78³ OR=1,12⁴</p>	<p>A vareniclina e a terapêutica combinada são as mais eficazes no sucesso da cessação tabágica.</p>

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

<p>McNeil, Piccenna e Ioannides-Demos, 2010</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>110 RCTs TSN vs Placebo¹ 1 RCT TSN vs Bupropiona² 1 RCT Combinação TSN + Bupropiona vs Placebo³ 2 RCTs Combinação TSN + Bupropiona vs Bupropiona⁴ 1 RCT Combinação Bupropiona + TSN vs TSN⁵ 20 Casos-Controlo Gomas vs Placebo⁶ 23 Casos-Controlo Adesivos transdérmicos vs Placebo⁷ 14 Casos-Controlo Bupropiona vs Placebo⁸ 6 Casos-Controlo Vareniclina vs Placebo⁹ 3 Casos-Controlo Vareniclina vs Bupropiona¹⁰ 36 RCTs Bupropiona vs Placebo¹¹ 3 RCTs Bupropiona vs TSN¹² 3 RCTs Bupropiona vs Vareniclina¹³ 6 RCTs Combinação Bupropiona + TSN vs TSN¹⁴ 7 RCTs Vareniclina vs Placebo¹⁵ 3 RCTs Vareniclina vs Bupropiona¹⁶ 1 RCT Vareniclina vs TSN¹⁷</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) Terapêutica Não Nicotínica (TNN) Terapêutica Combinada (TC)</p>	<p>Avaliar a eficácia das terapêuticas farmacológicas de primeira linha (TSN, bupropiona e vareniclina) em monoterapia ou em combinação.</p>	<p>RR=1,58¹ RR=0,53² RR=3,99³ RR=1,16⁴ RR=2,28⁵ OR=1,71⁶ OR=1,95⁷ OR=2,07⁸ OR=2,41⁹ OR=2,18¹⁰ RR=1,69¹¹ RR=1,26¹² RR=0,66¹³ RR=1,23¹⁴ RR=2,33¹⁵ RR=1,52¹⁶ RR=1,31¹⁷</p>	<p>A vareniclina é a terapêutica mais eficaz na cessação tabágica.</p>
<p>Needleman, 2010</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>2 Casos-Controlo (Vareniclina vs Placebo¹, Bupropiona vs Placebo²)</p>	<p>Terapêutica Não Nicotínica (TNN)</p>	<p>Avaliar a eficácia da terapêutica nicotínica (vareniclina e bupropiona)</p>	<p>OR=1,94¹ OR=3,85²</p>	<p>A vareniclina é mais eficaz que a bupropiona para a cessação tabágica.</p>
<p>Moore, 2009</p>	<p>Revisão Sistemática e Meta-Análise</p>	<p>7 RCTs¹ (4 Gomas vs Placebo, 2 Inaladores vs Placebo, 1 TSN vs Placebo)</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)</p>	<p>Avaliar a eficácia da terapêutica de substituição de nicotina.</p>	<p>RR=2,06¹</p>	<p>A TSN é uma terapêutica bastante eficaz para alcançar a cessação tabágica.</p>
<p>Ramseier e Fundak, 2009</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>7 Casos-Controlo (TSN vs Placebo)</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)</p>	<p>Avaliar a eficácia da terapêutica de substituição de nicotina.</p>	<p>OR=1,44</p>	<p>A TSN é uma terapêutica bastante eficaz para alcançar a cessação tabágica. É a terapêutica de eleição na medicina dentária.</p>
<p>Shah et al., 2008</p>	<p>Revisão Sistemática e Meta-Análise</p>	<p>5 RCTs (Combinação Adesivos transdérmicos + TSN vs TSN)</p>	<p>Terapêutica Combinada (TC)</p>	<p>Avaliar a eficácia da terapêutica combinada.</p>	<p>RR=1,42 aos 3 meses RR=1,54 aos 6 meses RR=1,58 aos 12 meses</p>	<p>A terapêutica combinada é mais eficaz que a monoterapia no tratamento para a cessação tabágica.</p>
<p>Eisenberg et al., 2008</p>	<p>Meta-Análise</p>	<p>7 Casos-Controlo (Goma vs Placebo¹, Spray nasal vs Placebo², Adesivo transdérmico vs Placebo³, Comprimidos sublinguais/Pastilhas vs Placebo⁴, Inalador vs Placebo⁵, Vareniclina vs Placebo⁶, Bupropiona vs Placebo⁷)</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) Terapêutica Não Nicotínica (TNN)</p>	<p>Avaliar a eficácia das TSN, da vareniclina e da bupropiona relativamente ao placebo.</p>	<p>OR=1,71¹ OR=2,37² OR=2,07³ OR=2,06⁴ OR=2,17⁵ OR=2,41⁶ OR=2,07⁷</p>	<p>A vareniclina é a terapêutica mais eficaz sobre as outras opções terapêuticas.</p>
<p>Schmelzle, Rosser e Birtwhistle, 2008</p>	<p>Revisão Sistemática</p>	<p>6 Casos-Controlo (Goma vs Placebo¹, Adesivo transdérmico vs Placebo², Inalador vs Placebo³, Bupropiona vs Placebo⁴, Vareniclina vs Placebo com abstinência entre a 9^a e 24^a)</p>	<p>Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)</p>	<p>Avaliar a eficácia das TSN e da TNN relativamente ao placebo.</p>	<p>OR=1,66¹ OR=1,81² OR=2,14³ OR=1,94⁴ OR=2,83⁵ OR=2,66⁶</p>	<p>A vareniclina é a terapêutica mais eficaz sobre as outras opções terapêuticas.</p>

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

		semana ⁵ , Vareniclina vs Placebo com abstinência entre 9 ^a e 52 ^a semana ⁶)	Terapêutica Não Nicotínica (TNN)			
Shiffman e Ferguson, 2008	Meta-Análise	4 Casos-Controlo (Adesivo transdérmico vs Placebo)	Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)	Avaliar a eficácia do adesivo transdérmico em regime de pré-cessação tabágica relativamente ao placebo.	OR=1,96 em 6 semanas OR=2,17 em 6 meses	O uso de adesivo transdérmico na pré-cessação é bastante eficaz, aumentando o sucesso da cessação tabágica.
West et al., 2008	Revisão Sistemática	2 Casos-Controlo (Vareniclina vs Placebo ¹ , Vareniclina vs Bupropiona ²)	Terapêutica Não Nicotínica (TNN)	Avaliar a eficácia da TNN.	OR=3,22 ¹ OR=1,66 ²	A vareniclina é mais eficaz que a bupropiona para a cessação tabágica.

Anexo III – Inquérito

Inquérito n°

Avaliação da Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica e seu impacto nos procedimentos médico-dentários em clínicas do Porto

Este inquérito foi desenvolvido no âmbito da Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, pelo aluno André Príncipe dos Santos Oliveira da Silva, com o objectivo de avaliar se o Médico Dentista no seu consultório realiza consultas de cessação tabágica aos seus pacientes.

As respostas prestadas neste inquérito serão unicamente usadas para o estudo efectuado, salvaguardando a identidade do prestador.

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Idade

3. Ano de conclusão da licenciatura

4. Instituição que frequentou no ensino pré-graduado

FMUC

FMDUL

FMDUP

ISCS Egas Moniz

ISCS Norte

FCS-UIP

DCS-UCP

5. Na clínica médico-dentária em que trabalha realiza consultas de cessação tabágica aos seus pacientes?

Sim

Não

(se respondeu “SIM” passe directamente à questão 6.1)

5.1. Qual/quais as razões para não realizar consultas de cessação tabágica aos seus pacientes?

Falta de tempo

Falta de mecanismos de reembolso

Falta de confiança

Falta de competências

Dúvidas sobre a eficácia das acções

Difícil acesso ao material de informação ao doente

Resistência prevista do doente

Outras razões

6. Faz algum tipo de aconselhamento aos seus pacientes para deixar de fumar?

Sim

Não

6.1. Se sim qual?

- Aplica um programa de cessação tabágica
- Encaminha para uma consulta de cessação tabágica
- Apenas faz um aconselhamento genérico
- Outros
-

7. Sente que teve formação pré ou pós graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar?

- Sim
- Não

7.1. Se sim qual?

8. Conhece algum fármaco que possa ajudar um paciente seu a deixar de fumar?

- Sim
- Não

8.1. Se sim, conhece a sua pauta terapêutica e respectiva dose de tratamento?

- Sim
- Não

8.2. Já alguma vez prescreveu um fármaco para ajudar um paciente seu a deixar de fumar?

- Sim
- Não

8.2.1. Se sim qual?

9. Já ouviu falar de algum programa de cessação tabágica?

Sim

Não

9.1. Se sim, refira qual/quais conhece

Intervenção breve

Intervenção de apoio intensivo

Outro _____

9.2. Relativamente a tratamentos para cessação tabágica conhece a abordagem dos 5 As?

Sim

Não

9.3. Adopta questionários ao paciente para compreender os motivos que o levaram a começar a fumar?

Sim

Não

9.4. Ao dirigir-se ao paciente aborda se ele fuma recentemente ou se já fumou?

Sim

Não

9.5. Quanto tempo costuma despende para abordar o paciente acerca da cessação tabágica?

0 min

<5 min

5-10 min

> 10 min

9.6. Se o paciente está disposto a parar de fumar, aconselha-o e avalia-o?

Sim

Não

9.7. Costuma referenciar os seus pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar?

Sim

Não

9.7.1. Se sim, refira qual/quais os serviços para onde encaminha

Pneumologia

Cardiovascular

Unidade de saúde familiar/centro de saúde

Otorrinolaringologia

Psicologia

9.8. Apoia o paciente prescrevendo tratamentos adequados para a dependência do tabaco?

Sim

Não

9.8.1. Se sim, quais os tratamentos que prescreve?

Terapêutica de substituição da nicotina (TSN)

Gomas

Pastilhas

Inaladores

Sprays

Adesivos transdérmicos

Terapêutica não nicotínica (TS)

Vareniclina

Bupropiona

Nortriptilina

Clonidina

Terapêutica combinada (TSN+TS)

Qual _____

9.9. Recusa algum tipo de tratamento aos seus pacientes fumadores?

Sim

Não

9.9.1 Se sim, qual/de que tipo?

9.10. Marca o 1º dia de abstinência tabágica entre a 2ª e 3ª consulta e acompanha o paciente estabelecendo um programa de seguimento?

Sim

Não

9.10.1. Se sim, no programa de seguimento, no decorrer das 4 a 6 consultas médicas necessárias, tem a preocupação de telefonar ao paciente?

Sim

Não

9.10.1.1. Se sim em que momentos?

Entre 2^a e 3^a consulta

5^a consulta (2^o Mês)

6^o Mês após 1^o dia de abstinência tabágica

1^o ano após 1^o dia de abstinência tabágica

9.11. Se o paciente está com dúvidas ou não quer parar de fumar promove a sua motivação para deixar de fumar?

Sim

Não

9.11.1. Se sim, utiliza como reforço à sua abordagem, quais destes parâmetros?

Relevância de benefícios

Riscos em continuar

Recompensas

Resistências

Repetição

9.11.2. Se não resultar, passa a uma abordagem mais intensiva, onde estabelece um contacto mais íntimo para compreender e explorar os factores que o levaram a começar a fumar, visando a alteração comportamental do paciente?

Sim

Não

9.11.3. Sabendo que o paciente não consegue deixar de parar de fumar, suspende a medicação?

Sim

Não

9.12. Se o paciente já foi fumador, aborda-o se deixou de fumar há pelo menos 5 anos por causa da questão da prevenção da recaída?

Sim

Não

9.13. Se o paciente nunca fumou, dá-lhe um reforço positivo a incentivá-lo a continuar na abstinência?

Sim

Não

10. Considera que as consultas de cessação tabágica trazem resultados?

Sim

Não

Talvez

11. Se as organizações de saúde dentárias organizassem formações em cessação tabágica estaria interessado em participar?

Sim

Não

11.1. Se sim em que modalidade:

Fim de dia

Fim-de-semana

Workshop

Outras

12. Acha que as organizações de saúde dentárias deveriam realizar mais acções formativas sobre a cessação tabágica?

Pouco Importante

Razoável

Muito Importante

Extremamente Importante

13. Que importância dá à cessação tabágica quando a realiza nos seguintes procedimentos médico-dentários?

Procedimentos Médico-Dentários	Escala de importância da Cessação Tabágica
Destartarização e Polimento	Pouco Importante <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Muito Importante <input type="checkbox"/> Extremamente Importante <input type="checkbox"/>
Raspagem e Alisamento Radicular	Pouco Importante <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Muito Importante <input type="checkbox"/> Extremamente Importante <input type="checkbox"/>
Cirurgia Periodontal	Pouco Importante <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Muito Importante <input type="checkbox"/> Extremamente Importante <input type="checkbox"/>
Restauração Dentária	Pouco Importante <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Muito Importante <input type="checkbox"/> Extremamente Importante <input type="checkbox"/>
Branqueamento Dentário	Pouco Importante <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Muito Importante <input type="checkbox"/> Extremamente Importante <input type="checkbox"/>
Extracção Dentária	Pouco Importante <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Muito Importante <input type="checkbox"/> Extremamente Importante <input type="checkbox"/>

Procedimentos Médico-Dentários	Escala de importância da Cessação Tabágica
<p style="text-align: center;">Cirurgia Oral (excepto extracção dentária)</p>	<p>Pouco Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Razoável <input type="checkbox"/></p> <p>Muito Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Extremamente Importante <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Tratamento Endodôntico Não-Cirúrgico</p>	<p>Pouco Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Razoável <input type="checkbox"/></p> <p>Muito Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Extremamente Importante <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Prótese Dentária Removível</p>	<p>Pouco Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Razoável <input type="checkbox"/></p> <p>Muito Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Extremamente Importante <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Prótese Dentária Fixa</p>	<p>Pouco Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Razoável <input type="checkbox"/></p> <p>Muito Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Extremamente Importante <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">Implantes Dentários</p>	<p>Pouco Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Razoável <input type="checkbox"/></p> <p>Muito Importante <input type="checkbox"/></p> <p>Extremamente Importante <input type="checkbox"/></p>

Obrigado pela atenção dispensada!

Anexo IV – Gráficos

Gráfico 1 – Caracterização da amostra quanto ao género

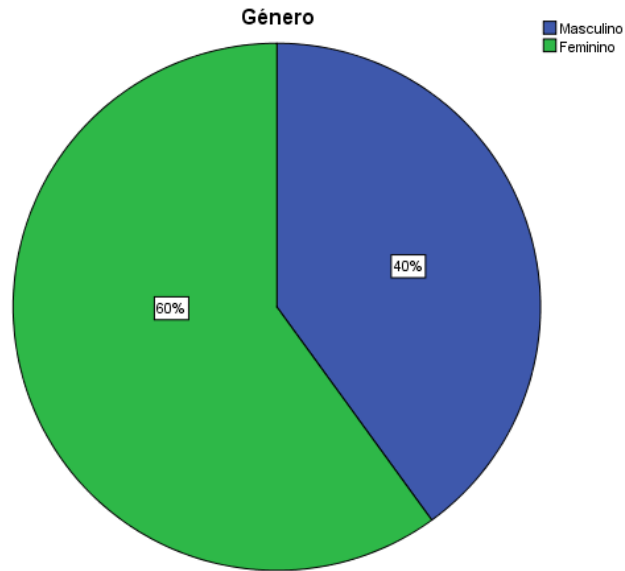


Gráfico 2 – Caracterização da amostra quanto à idade em anos

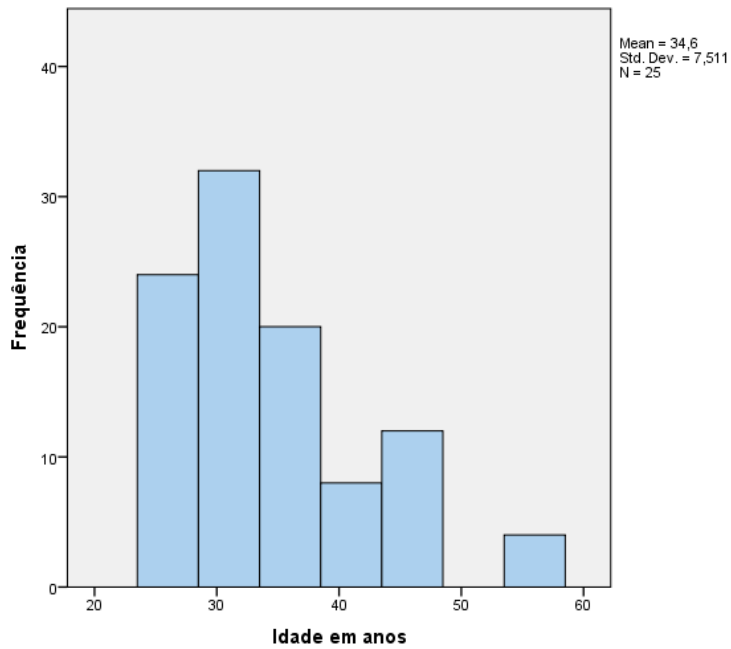


Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto ao ano de conclusão da licenciatura

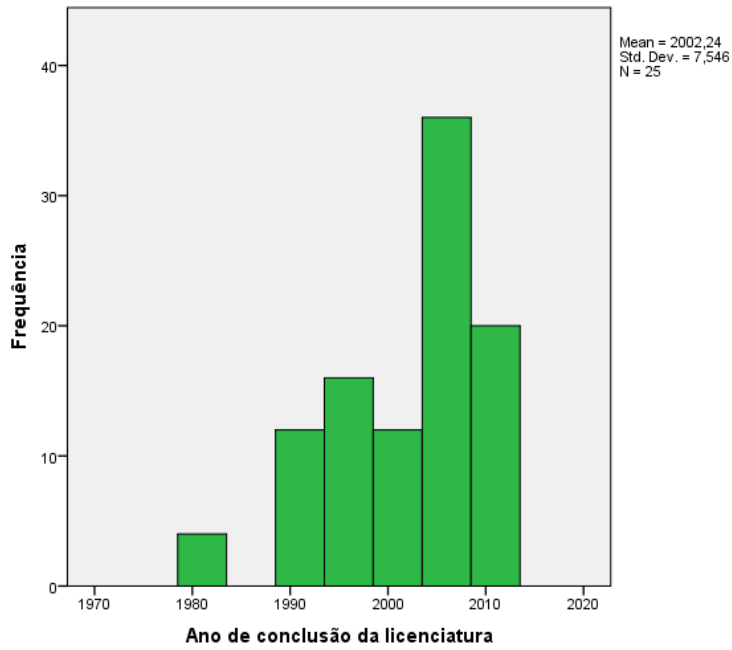


Gráfico 4 – Caracterização da amostra quanto à instituição do ensino pré-graduado

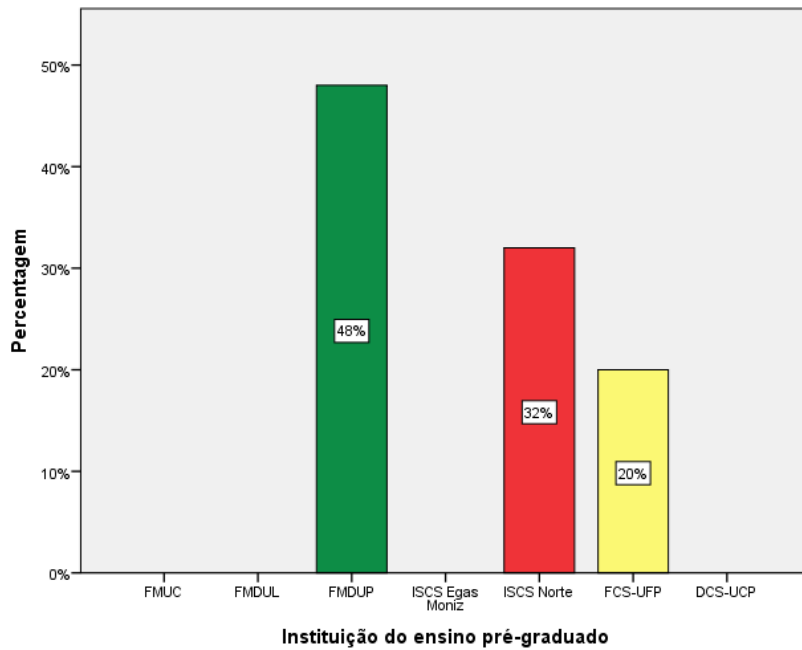


Gráfico 5 – Caracterização da amostra quanto à realização de consultas de cessação tabágica

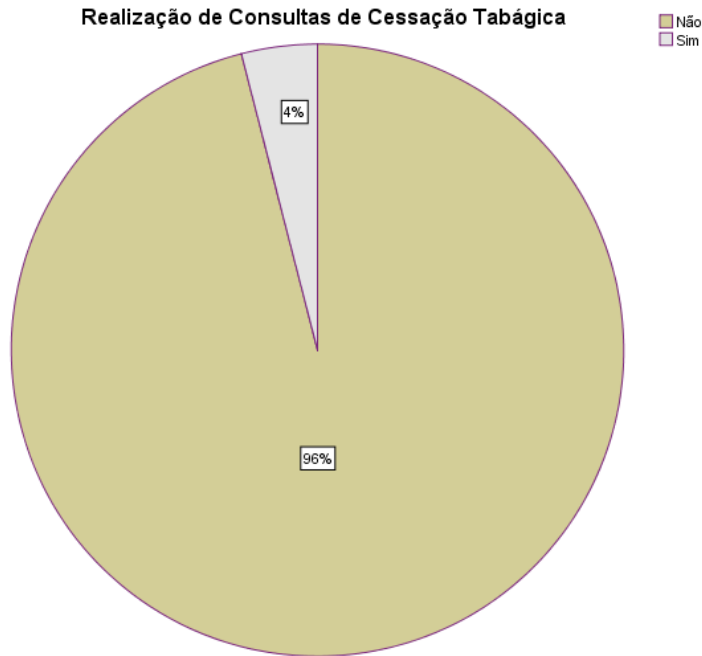


Gráfico 6 – Caracterização da amostra quanto às razões da não realização de consultas de cessação tabágica

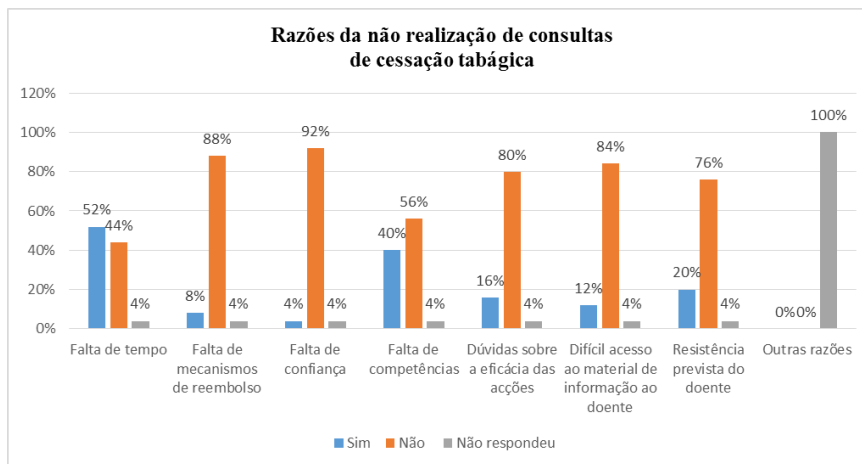


Gráfico 7 – Caracterização da amostra quanto à realização de aconselhamento para cessação tabágica

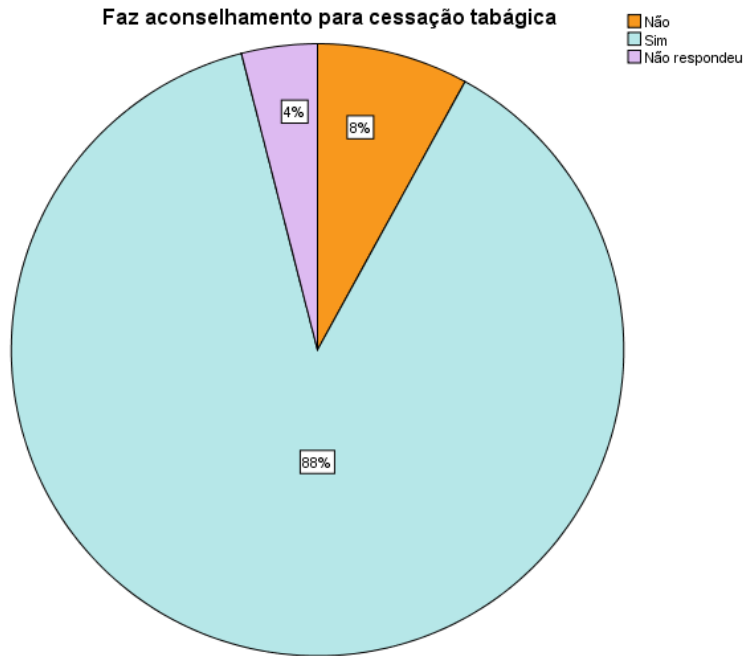


Gráfico 8 – Caracterização da amostra quanto ao facto de qual aconselhamento faz para a cessação tabágica

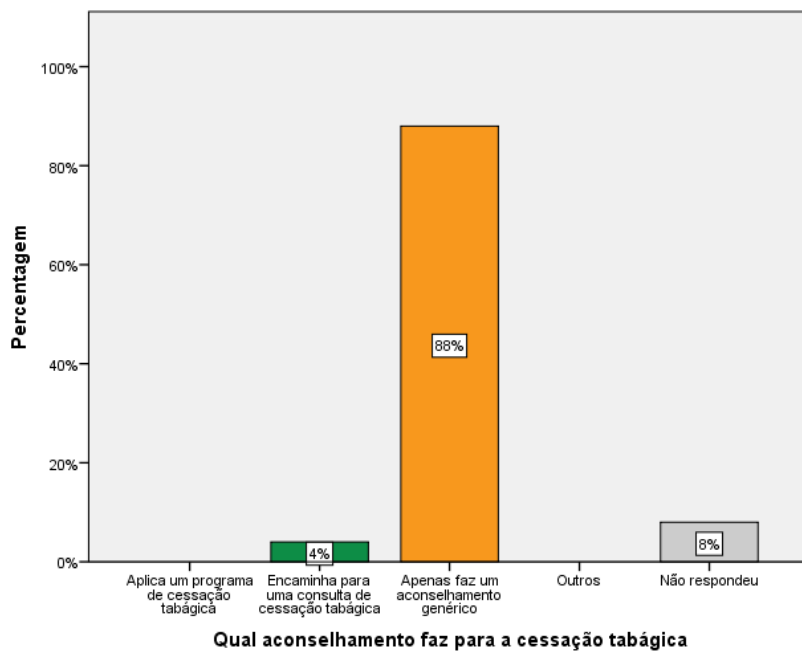


Gráfico 9 – Caracterização da amostra quanto ao facto se sente que teve formação pré ou pós graduada suficiente para ajudar os seus pacientes fumadores a deixarem de fumar

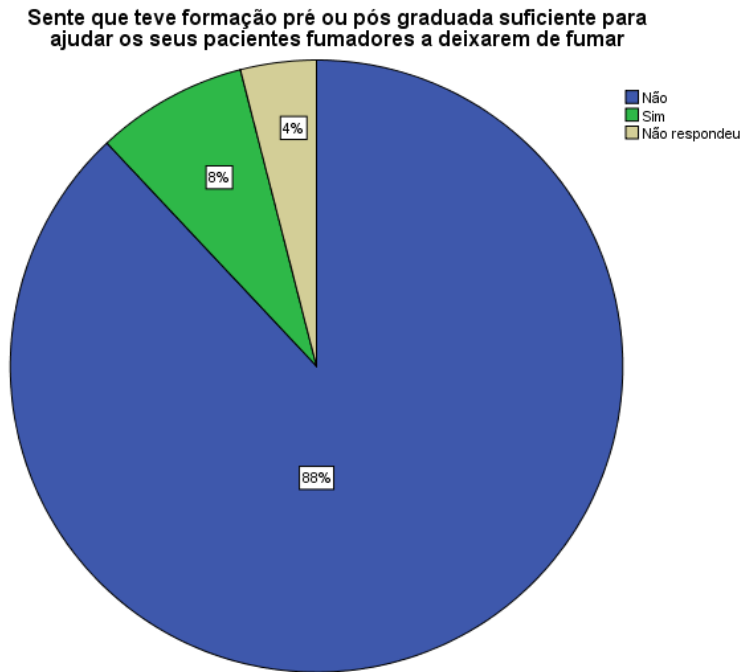


Gráfico 10 – Caracterização da amostra quanto ao facto qual formação pré ou pós graduada

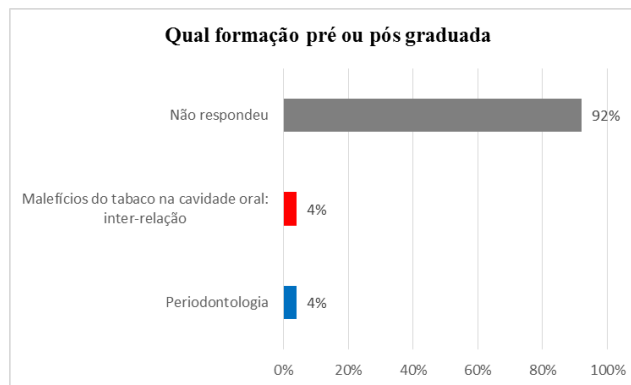


Gráfico 11 – Caracterização da amostra quanto ao facto conhece algum fármaco que possa ajudar a deixar de fumar

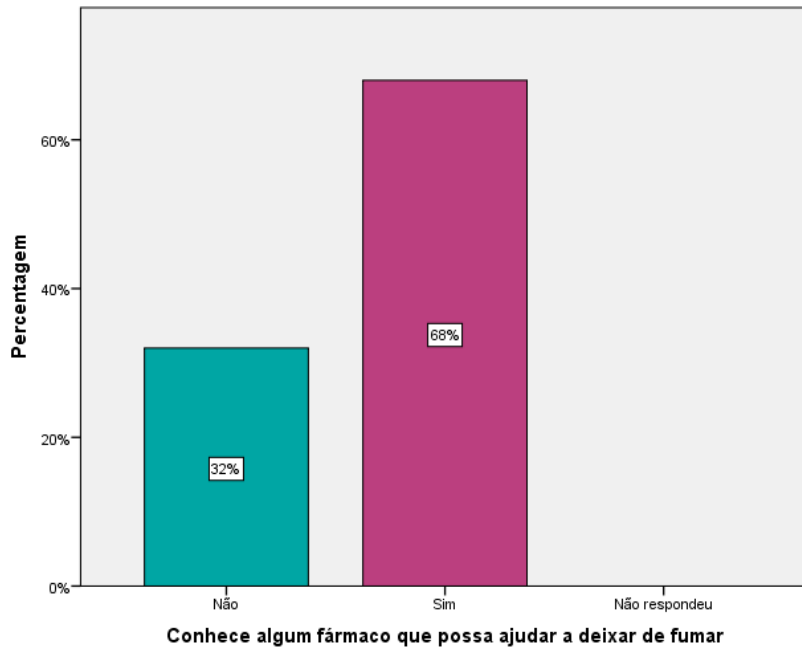


Gráfico 12 – Caracterização da amostra quanto ao facto conhece a sua pauta terapêutica e respectiva dose de tratamento

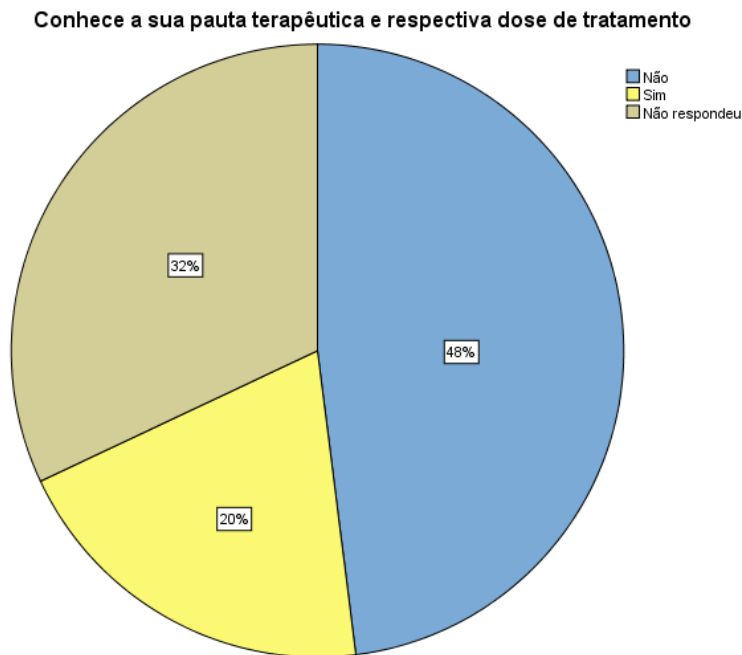


Gráfico 13 – Caracterização da amostra quanto ao facto já alguma vez prescreveu um fármaco para ajudar a deixar de fumar

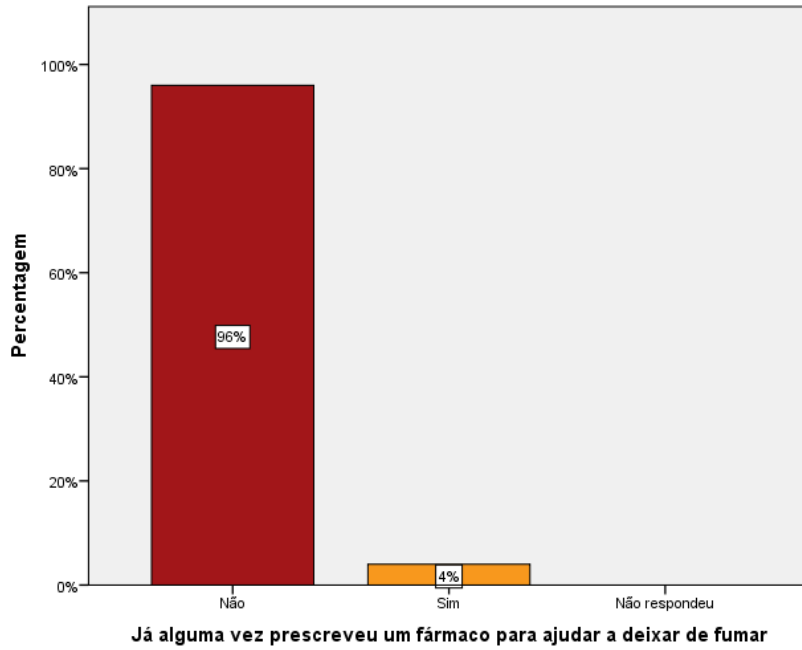


Gráfico 14 – Caracterização da amostra quanto ao facto qual fármaco prescreveu para ajudar a deixar de fumar

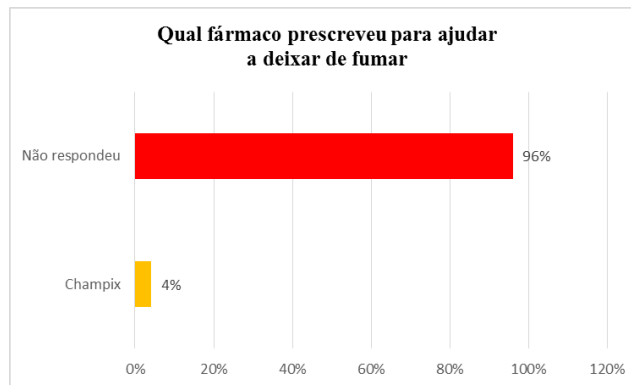


Gráfico 15 – Caracterização da amostra quanto ao facto ouvir falar de algum programa de cessação tabágica



Gráfico 16 – Caracterização da amostra quanto ao facto de qual/quais programas de cessação tabágica conhece

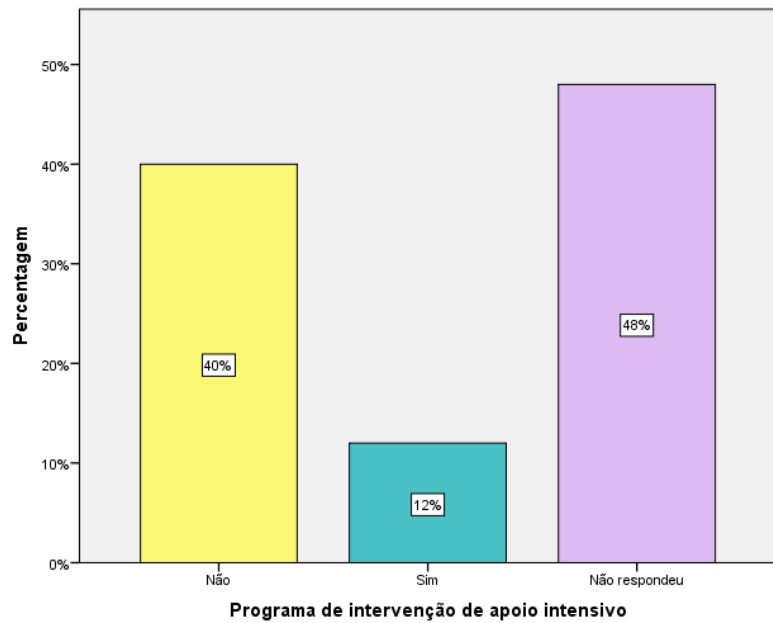
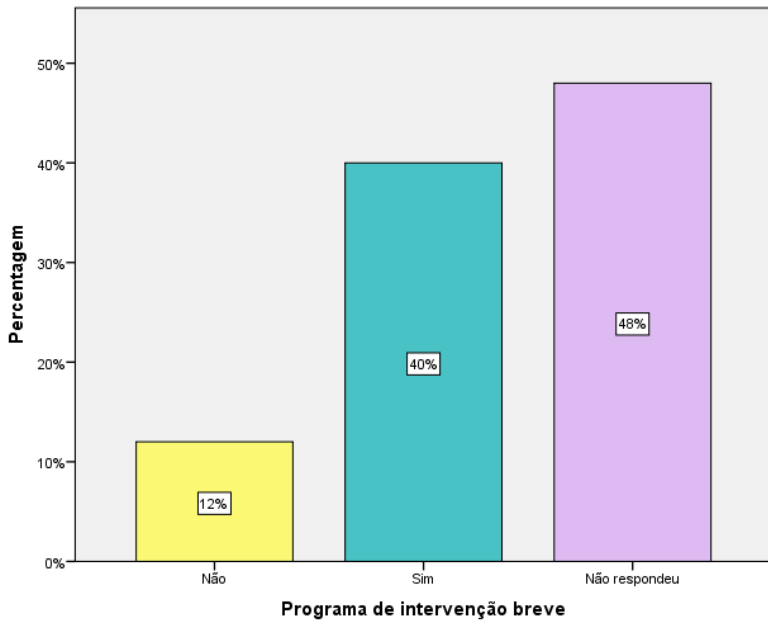


Gráfico 17 – Caracterização da amostra quanto ao facto de conhecer a abordagem dos 5 A's

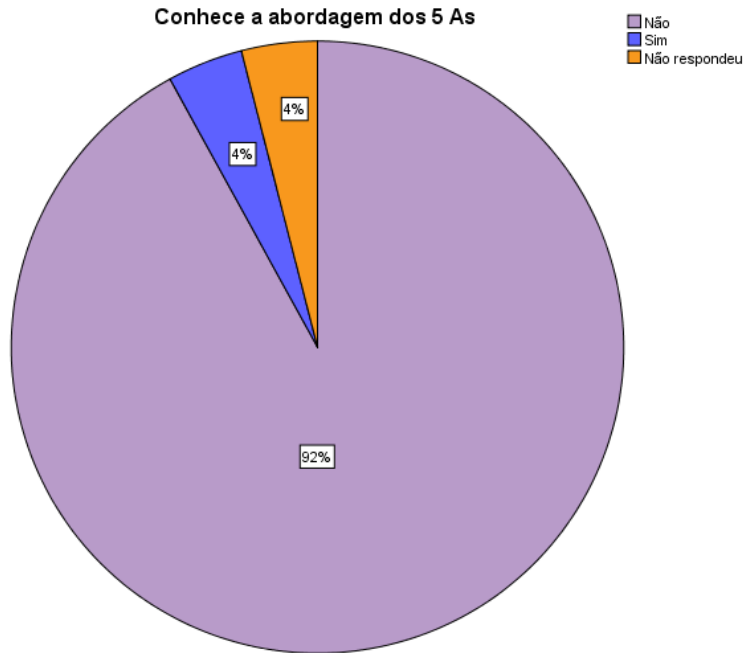


Gráfico 18 – Caracterização da amostra quanto ao facto de adoptar questionários ao paciente para compreensão dos motivos que o levaram a começar a fumar

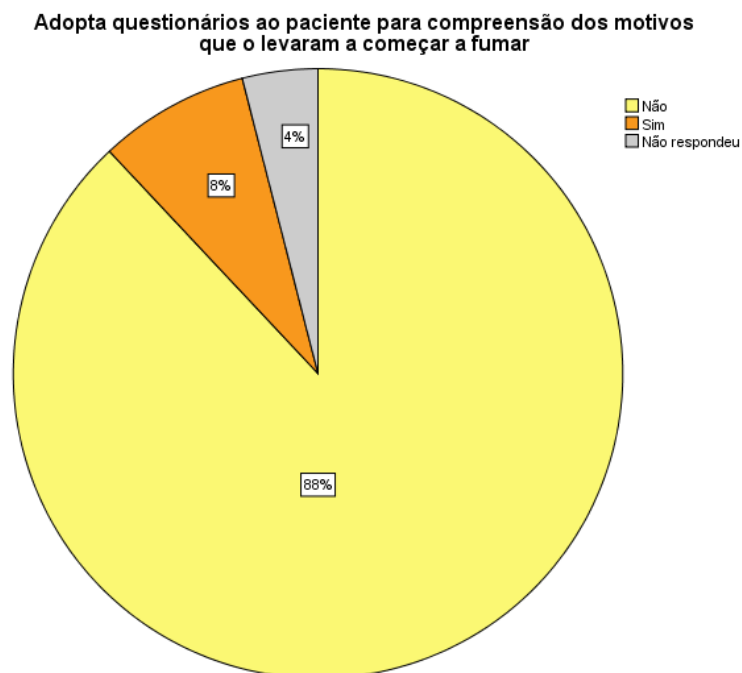


Gráfico 19 – Caracterização da amostra quanto ao facto de abordar o paciente se fuma recentemente ou se já fumou

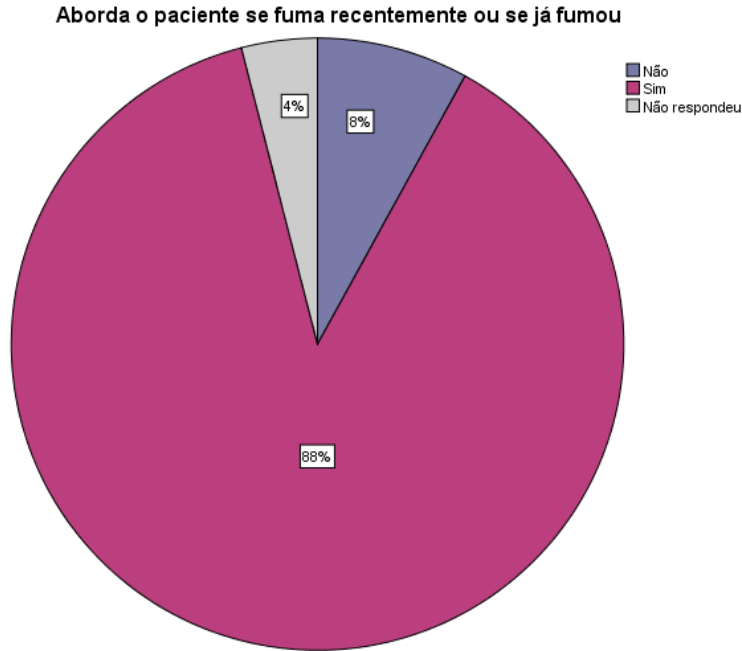


Gráfico 20 – Caracterização da amostra quanto ao tempo despendido para abordar o paciente acerca da cessação tabágica

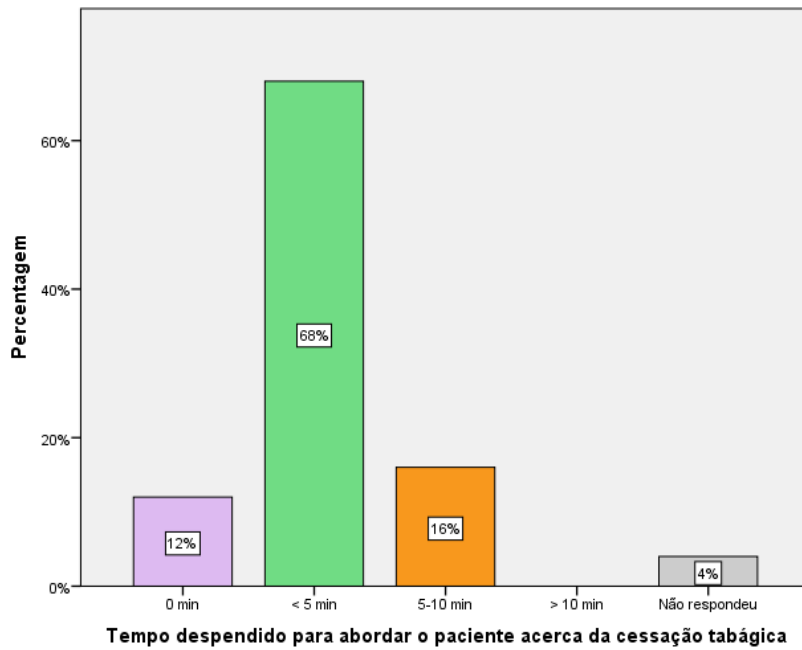


Gráfico 21 – Caracterização da amostra quanto ao facto de aconselhar e avaliar o paciente disposto a parar de fumar

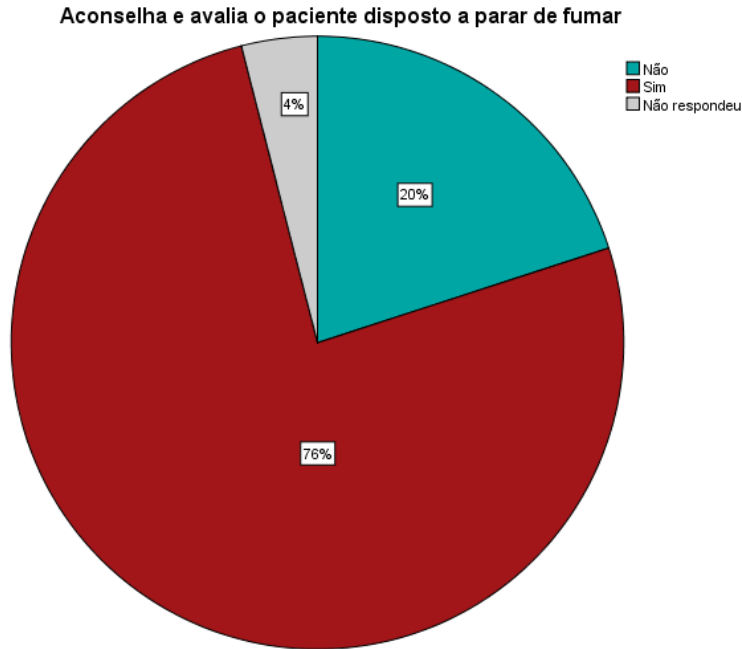


Gráfico 22 – Caracterização da amostra quanto à referenciação dos pacientes para ambiente hospitalar ou unidades de saúde familiar

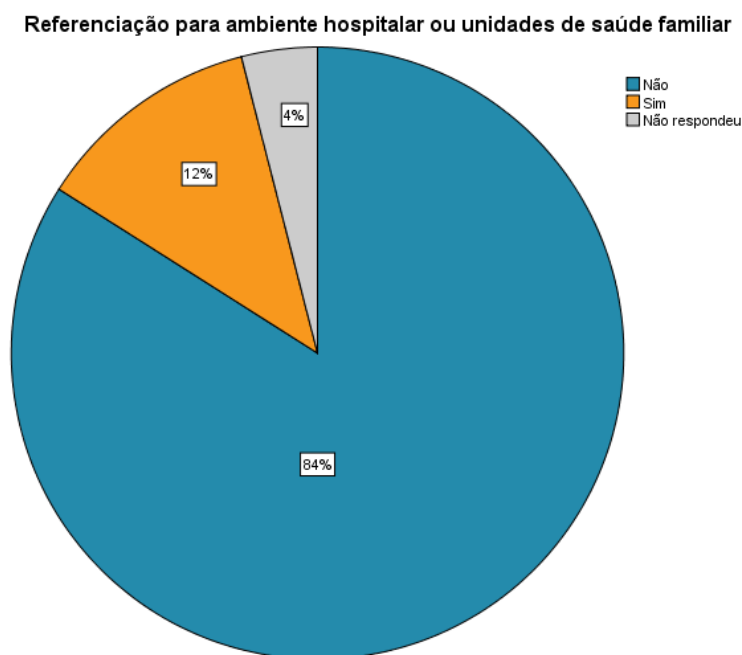


Gráfico 23 – Caracterização da amostra quanto aos serviços de encaminhamento hospitalar ou unidades de saúde familiar

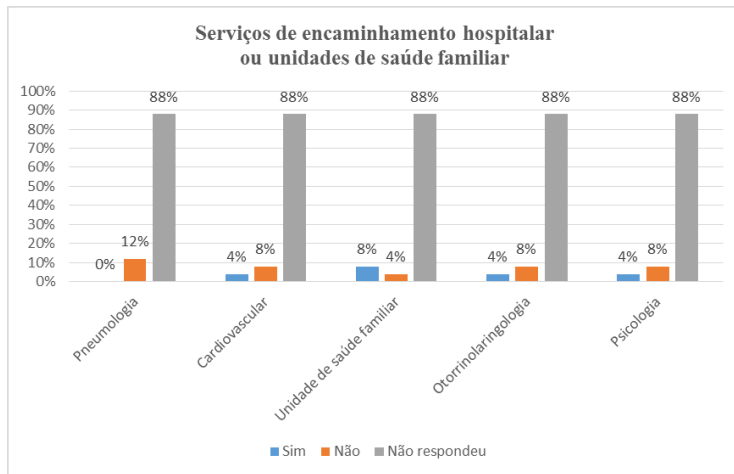


Gráfico 24 – Caracterização da amostra quanto ao facto de apoiar o paciente prescrevendo tratamentos para a dependência do tabaco



Gráfico 25 – Caracterização da amostra quanto à prescrição de tratamentos para a dependência do tabaco

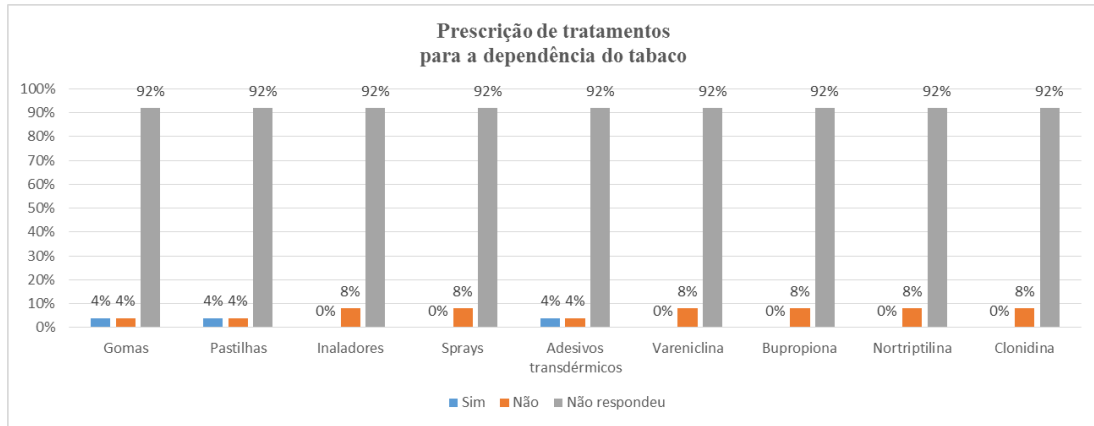


Gráfico 26 – Caracterização da amostra quanto ao facto de recusar algum tipo de tratamento aos seus pacientes fumadores

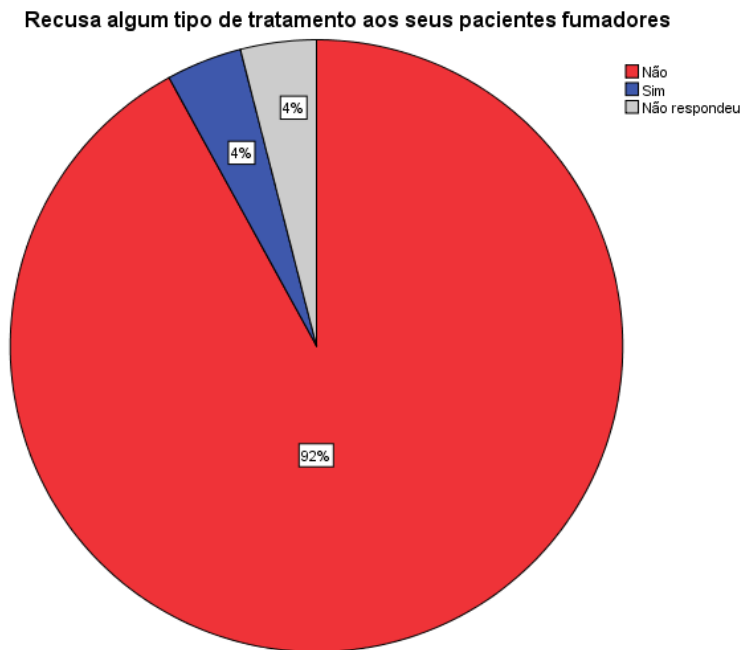


Gráfico 27 – Caracterização da amostra quando ao facto qual/de que tipo de tratamento recusa

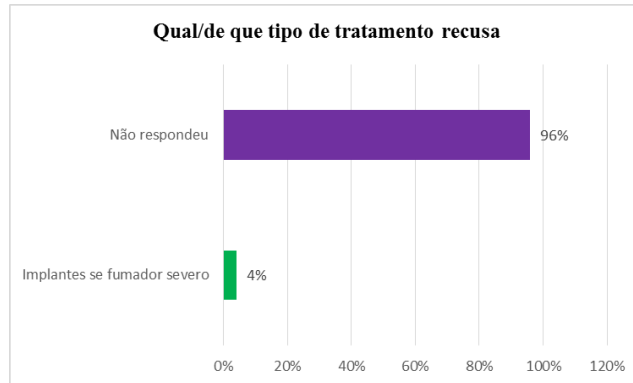


Gráfico 28 – Caracterização da amostra quanto ao facto de marcar o 1º dia de abstinência e acompanhar o paciente estabelecendo um programa de seguimento

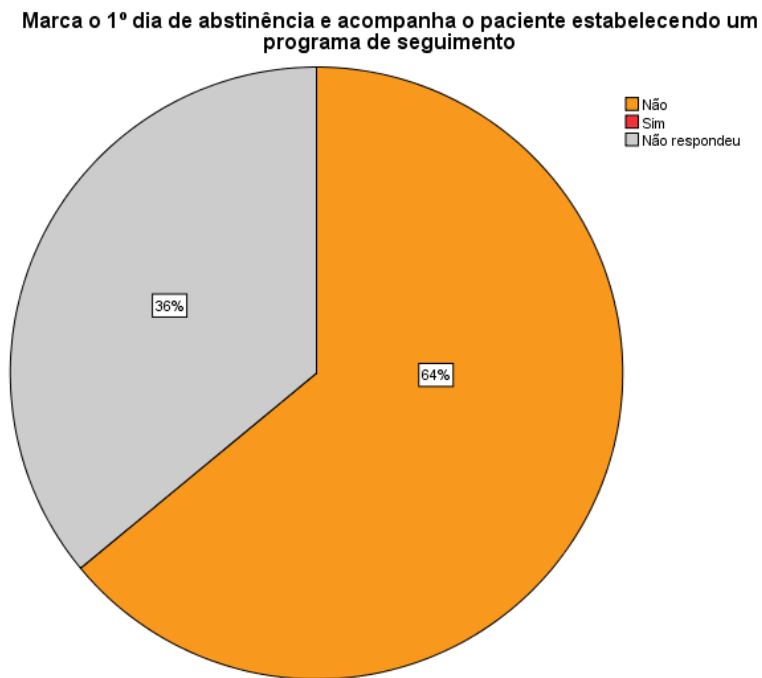


Gráfico 29 – Caracterização da amostra quanto a promover a motivação do paciente quando este refere dúvidas ou não quer deixar de fumar

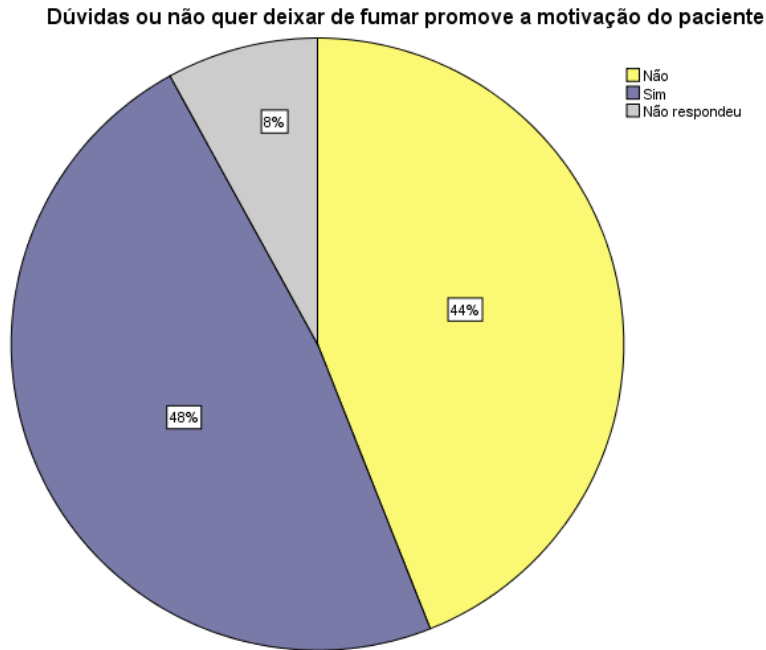


Gráfico 30 – Caracterização da amostra quanto aos parâmetros de promoção da motivação do paciente

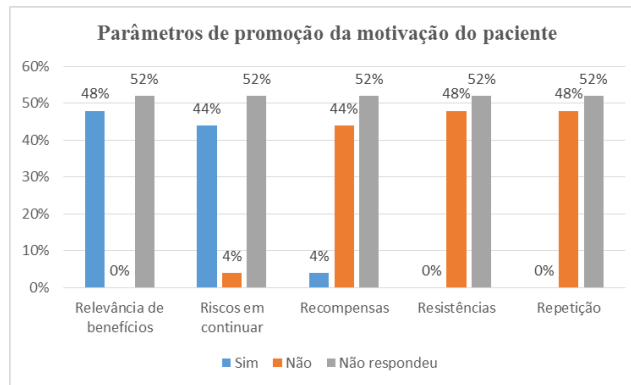


Gráfico 31 – Caracterização da amostra quanto ao facto se não resultar passa a uma abordagem mais intensiva

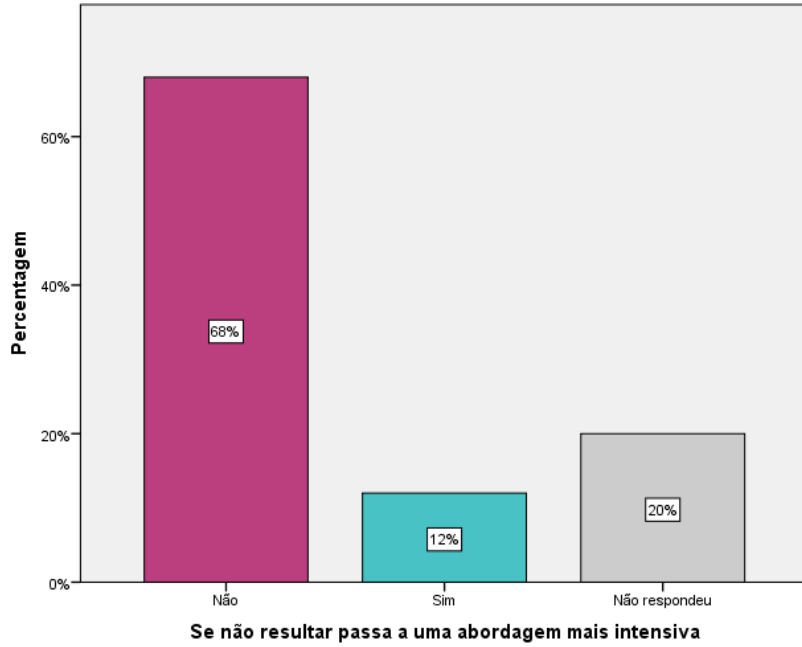


Gráfico 32 – Caracterização da amostra quanto ao facto sabendo que o paciente não consegue deixar de fumar, suspende a medicação

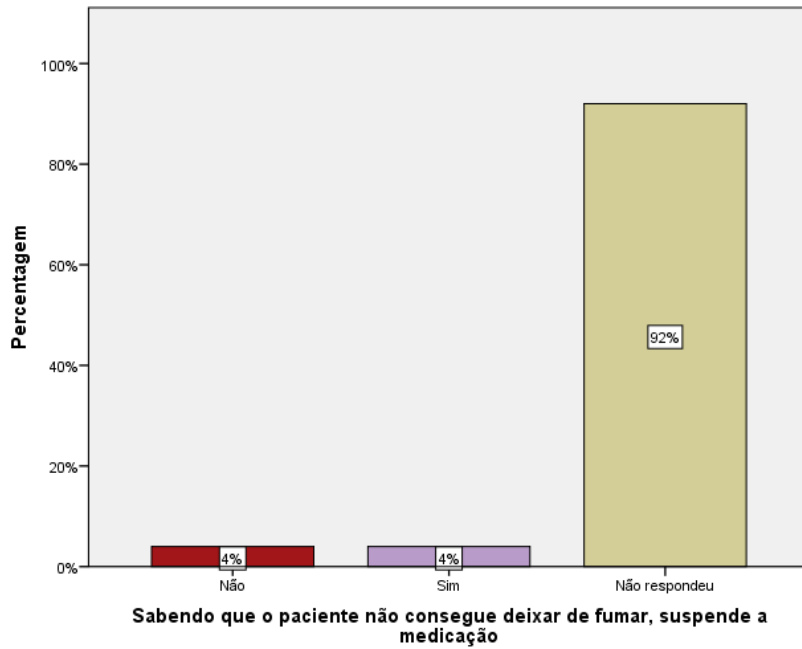


Gráfico 33 – Caracterização da amostra quanto ao facto se o paciente já foi fumador aborda-o por causa da prevenção da recaída

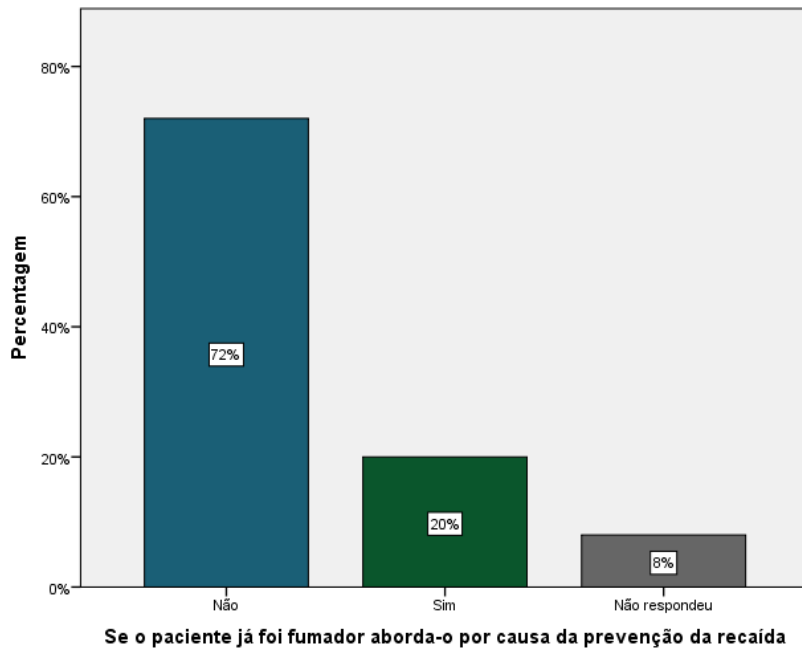


Gráfico 34 – Caracterização da amostra quanto ao facto se o paciente nunca fumou dá-lhe um reforço positivo para continuar na abstinência

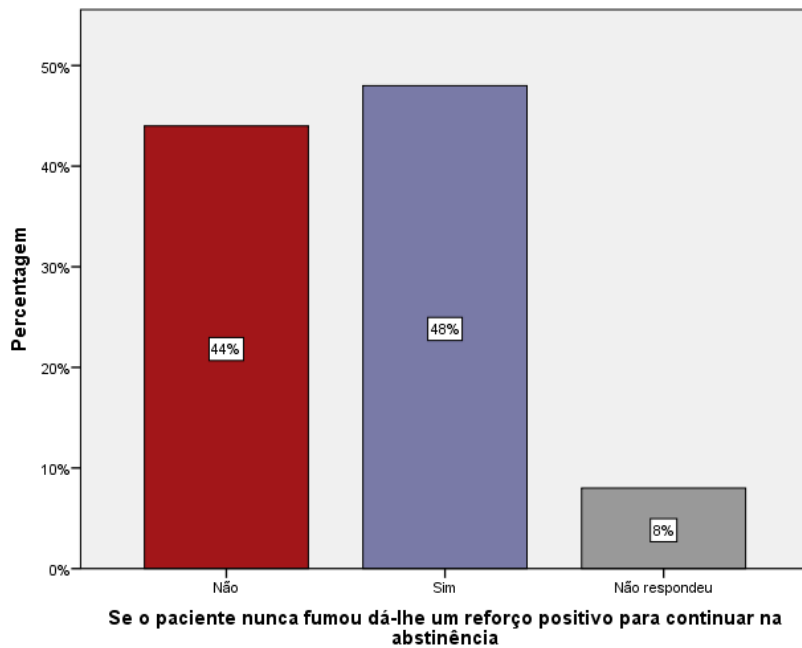


Gráfico 35 – Caracterização da amostra quanto ao facto se trazem resultados as consultas de cessação tabágica

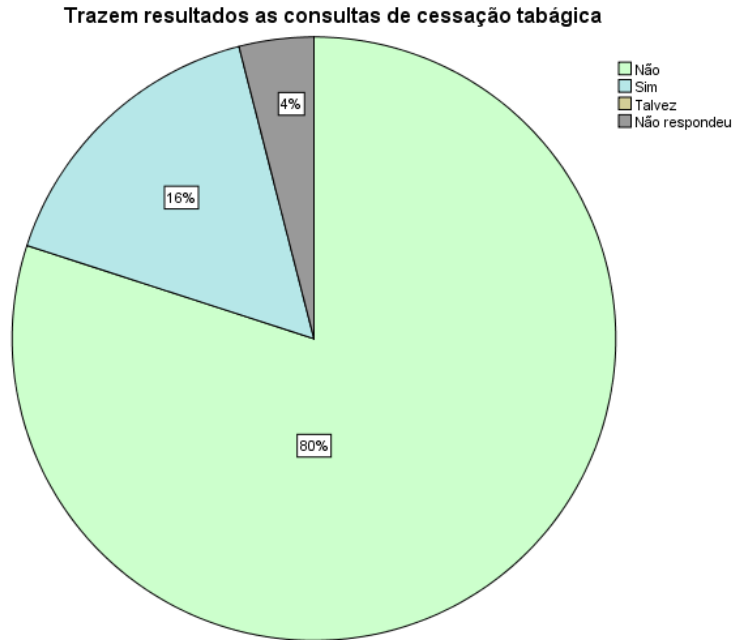


Gráfico 36 – Caracterização da amostra quanto ao facto se estaria interessado em participar em formações em cessação tabágica

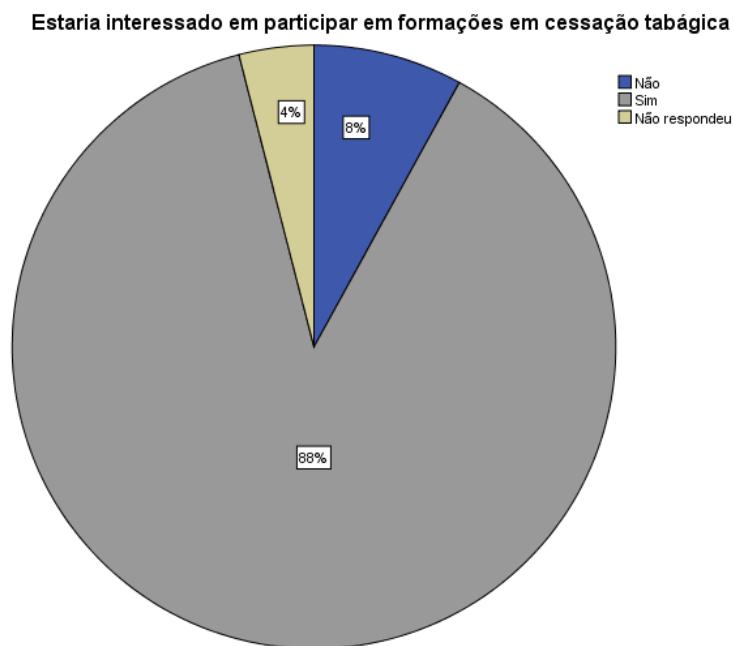


Gráfico 37 – Caracterização da amostra quanto a modalidades de formações em cessação tabágica

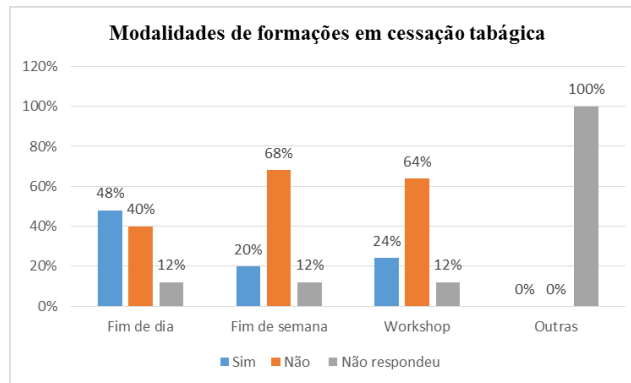


Gráfico 38 – Caracterização da amostra quanto ao facto se acha que as organizações de saúde dentárias deveriam realizar mais acções formativas sobre a cessação tabágica

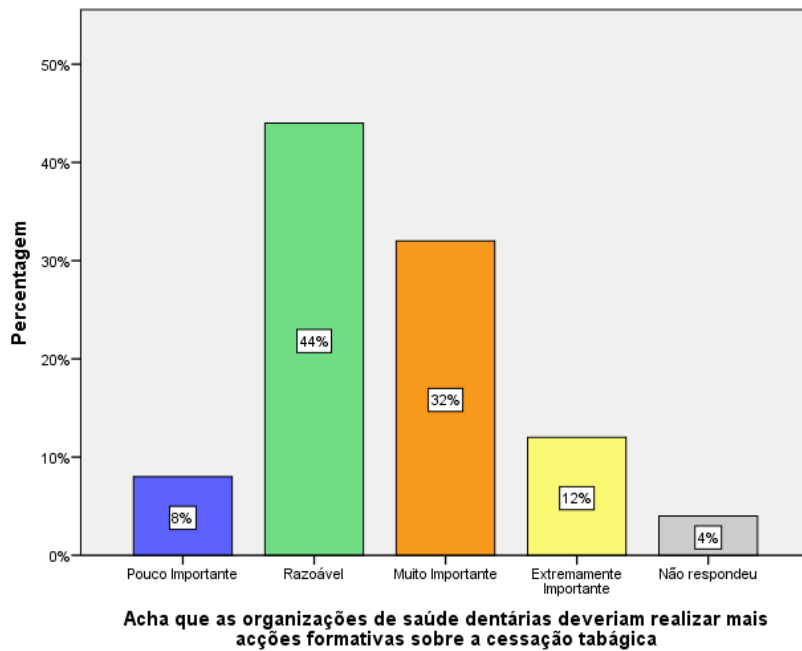
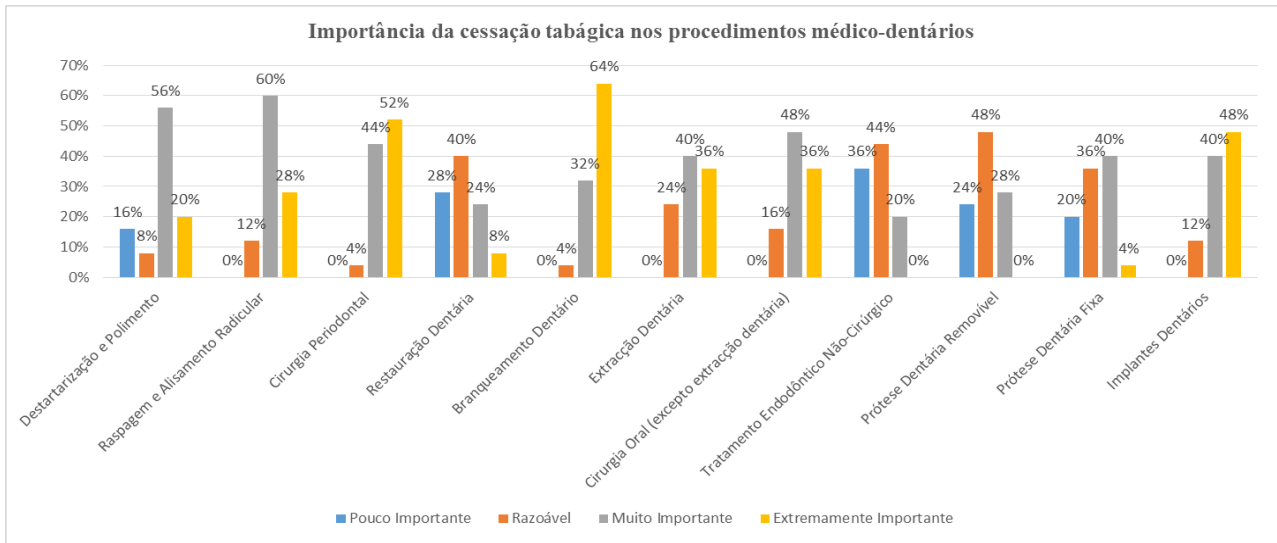


Gráfico 39 – Caracterização da amostra quanto à importância da cessação tabágica nos procedimentos médico-dentários



Anexo V – Tabelas de Resumo do Estudo**Género**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Masculino	10	40,0	40,0	40,0
Valid Feminino	15	60,0	60,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Idade em Anos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
26	3	12,0	12,0	12,0
27	2	8,0	8,0	20,0
28	1	4,0	4,0	24,0
29	2	8,0	8,0	32,0
30	1	4,0	4,0	36,0
32	3	12,0	12,0	48,0
33	2	8,0	8,0	56,0
Valid 34	1	4,0	4,0	60,0
36	1	4,0	4,0	64,0
38	3	12,0	12,0	76,0
40	1	4,0	4,0	80,0
42	1	4,0	4,0	84,0
44	2	8,0	8,0	92,0
45	1	4,0	4,0	96,0
56	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Ano de Conclusão da Licenciatura

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1981	1	4,0	4,0	4,0
1993	3	12,0	12,0	16,0
1994	1	4,0	4,0	20,0
1996	1	4,0	4,0	24,0
1998	2	8,0	8,0	32,0
1999	1	4,0	4,0	36,0
2000	1	4,0	4,0	40,0
2003	1	4,0	4,0	44,0
2004	2	8,0	8,0	52,0
2005	1	4,0	4,0	56,0
2006	2	8,0	8,0	64,0
2007	1	4,0	4,0	68,0
2008	3	12,0	12,0	80,0
2010	4	16,0	16,0	96,0
2012	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Instituição do Ensino Pré-Graduado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid FMDUP	12	48,0	48,0	48,0
ISCS Norte	8	32,0	32,0	80,0
FCS-UFP	5	20,0	20,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Realização de Consultas de Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	24	96,0	96,0	96,0
Sim	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Razões da Não Realização de Consultas de Cessação Tabágica**Razão Falta de Tempo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	11	44,0	44,0	44,0
Valid Sim	13	52,0	52,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Razão Falta de Mecanismos de Reembolso

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	22	88,0	88,0	88,0
Valid Sim	2	8,0	8,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Razão Falta de Confiança

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	23	92,0	92,0	92,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Razão Falta de Competências

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	14	56,0	56,0	56,0
Valid Sim	10	40,0	40,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Razão Dúvidas Sobre a Eficácia das Ações

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	20	80,0	80,0	80,0
Valid Sim	4	16,0	16,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Razão Dificil Acesso ao Material de Informação ao Doente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	21	84,0	84,0	84,0
Valid Sim	3	12,0	12,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Razão Resistência Prevista do Doente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	19	76,0	76,0	76,0
Valid Sim	5	20,0	20,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Faz Aconselhamento Para Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Sim	22	88,0	88,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Qual Aconselhamento Faz Para a Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Encaminha para uma consulta de cessação tabágica	1	4,0	4,0	4,0
Valid Apenas faz um aconselhamento genérico	22	88,0	88,0	92,0
Valid Não respondeu	2	8,0	8,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Sente Que Teve Formação Pré ou Pós Graduada Suficiente Para Ajudar os Seus Pacientes Fumadores a Deixarem de Fumar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	22	88,0	88,0	88,0
Valid Sim	2	8,0	8,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Qual Formação Pré ou Pós Graduada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Malefícios do tabaco na cavidade oral: inter-relação	23	92,0	92,0	92,0
Valid Periodontologia	1	4,0	4,0	96,0
Total	25	100,0	100,0	100,0

Conhece Algum Fármaco Que Possa Ajudar a Deixar de Fumar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	8	32,0	32,0	32,0
Valid Sim	17	68,0	68,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Conhece a Sua Pauta Terapêutica e Respectiva Dose de Tratamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	12	48,0	48,0	48,0
Valid Sim	5	20,0	20,0	68,0
Valid Não respondeu	8	32,0	32,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Já Alguma Vez Prescreveu um Fármaco Para Ajudar a Deixar de Fumar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	24	96,0	96,0	96,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Qual Fármaco Prescreveu Para Deixar de Fumar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	24	96,0	96,0	96,0
Valid Champix	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Ouvir Falar de Algum Programa de Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	12	48,0	48,0	48,0
Valid Sim	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Qual/Quais Programas de Cessação Tabágica Conhece

Programa de Intervenção Breve

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	3	12,0	12,0	12,0
Valid Sim	10	40,0	40,0	52,0
Não respondeu	12	48,0	48,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Programa De Intervenção de Apoio Intensivo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	10	40,0	40,0	40,0
Valid Sim	3	12,0	12,0	52,0
Não respondeu	12	48,0	48,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Conhece a Abordagem dos 5 A's

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	23	92,0	92,0	92,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	96,0
Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Adopta Questionários ao Paciente Para Compreensão dos Motivos Que o Levaram a Começar a Fumar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	22	88,0	88,0	88,0
Valid Sim	2	8,0	8,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Aborda o Paciente Se Fuma Recentemente ou Se Já Fumou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Sim	22	88,0	88,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Tempo Despendido Para Abordar o Paciente Acerca da Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 min	3	12,0	12,0	12,0
Valid < 5 min	17	68,0	68,0	80,0
Valid 5-10 min	4	16,0	16,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Aconselha e Avalia o Paciente Disposto a Parar De Fumar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	5	20,0	20,0	20,0
Valid Sim	19	76,0	76,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Referenciação Para Ambiente Hospitalar ou Unidades de Saúde Familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	21	84,0	84,0	84,0
Valid Sim	3	12,0	12,0	96,0
Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Serviços de encaminhamento hospitalar ou unidades de saúde familiar

Pneumologia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	3	12,0	12,0	12,0
Valid Não respondeu	22	88,0	88,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Cardiovascular

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	12,0
Não respondeu	22	88,0	88,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Unidade de Saúde Familiar / Centro de Saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	1	4,0	4,0	4,0
Valid Sim	2	8,0	8,0	12,0
Não respondeu	22	88,0	88,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Otorrinolaringologia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	12,0
Valid Não respondeu	22	88,0	88,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Psicologia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	12,0
Valid Não respondeu	22	88,0	88,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Apoia o Paciente Prescrevendo Tratamentos Para a Dependência do Tabaco

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	22	88,0	88,0	88,0
Valid Sim	2	8,0	8,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Prescrição de Tratamentos Para a Dependência do Tabaco

Gomas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	1	4,0	4,0	4,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Pastilhas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	1	4,0	4,0	4,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	8,0
Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Inaladores

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Sprays

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Adesivos Transdérmicos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	1	4,0	4,0	4,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	8,0
Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Vareniclina

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Bupropiona

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Nortriptilina

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Clonidina

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Recusa Algum Tipo de Tratamento aos Seus Pacientes Fumadores

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	23	92,0	92,0	92,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	96,0
Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Qual / de Que Tipo de Tratamento Recusa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	24	96,0	96,0	96,0
Valid Implantes se fumador severo	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Marca O 1º Dia de Abstinência e Acompanha o Paciente Estabelecendo um Programa de Seguimento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	16	64,0	64,0	64,0
Valid Não respondeu	9	36,0	36,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Dúvidas ou Não Quer Deixar de Fumar Promove a Motivação do Paciente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	11	44,0	44,0	44,0
Valid Sim	12	48,0	48,0	92,0
Não respondeu	2	8,0	8,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Parâmetros de Promoção da Motivação Do Paciente

Relevância de Benefícios

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	12	48,0	48,0	48,0
Não respondeu	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Riscos em Continuar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	1	4,0	4,0	4,0
Valid Sim	11	44,0	44,0	48,0
Não respondeu	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Recompensas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	11	44,0	44,0	44,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	48,0
Valid Não respondeu	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Resistências

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	12	48,0	48,0	48,0
Valid Não respondeu	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Repetição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	12	48,0	48,0	48,0
Valid Não respondeu	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Se Não Resultar Passa a Uma Abordagem Mais Intensiva

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	17	68,0	68,0	68,0
Valid Sim	3	12,0	12,0	80,0
Valid Não respondeu	5	20,0	20,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Sabendo Que o Paciente Não Consegue Deixar de Fumar, Suspende a Medicação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	1	4,0	4,0	4,0
Valid Sim	1	4,0	4,0	8,0
Valid Não respondeu	23	92,0	92,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Se O Paciente Já Foi Fumador Aborda-O Por Causa da Prevenção Recaída

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	18	72,0	72,0	72,0
Valid Sim	5	20,0	20,0	92,0
Valid Não respondeu	2	8,0	8,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Se o Paciente Nunca Fumou Dá-Lhe Um Reforço Positivo

Para Continuar na Abstinência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	11	44,0	44,0	44,0
Valid Sim	12	48,0	48,0	92,0
Valid Não respondeu	2	8,0	8,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Trazem Resultados as Consultas de Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	20	80,0	80,0	80,0
Valid Sim	4	16,0	16,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Estaria Interessado em Participar em Formações em Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	2	8,0	8,0	8,0
Valid Sim	22	88,0	88,0	96,0
Valid Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Modalidades de Formações em Cessação Tabágica

Fim do Dia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	10	40,0	40,0	40,0
Valid Sim	12	48,0	48,0	88,0
Valid Não respondeu	3	12,0	12,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Intervenção dos Médicos Dentistas na Cessação Tabágica

Fim de Semana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	17	68,0	68,0	68,0
Valid Sim	5	20,0	20,0	88,0
Não respondeu	3	12,0	12,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Workshop

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	16	64,0	64,0	64,0
Valid Sim	6	24,0	24,0	88,0
Não respondeu	3	12,0	12,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Acha Que as Organizações de Saúde Dentárias Deveriam Realizar Mais Ações Formativas

Sobre a Cessação Tabágica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pouco Importante	2	8,0	8,0	8,0
Razoável	11	44,0	44,0	52,0
Valid Muito Importante	8	32,0	32,0	84,0
Extremamente Importante	3	12,0	12,0	96,0
Não respondeu	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Importância da cessação tabágica nos procedimentos médico-dentários

Destartarização e Polimento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pouco Importante	4	16,0	16,0	16,0
Razoável	2	8,0	8,0	24,0
Valid Muito Importante	14	56,0	56,0	80,0
Extremamente Importante	5	20,0	20,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Raspagem e Alisamento Radicular

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Razoável	3	12,0	12,0	12,0
Muito Importante	15	60,0	60,0	72,0
Extremamente Importante	7	28,0	28,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Cirurgia Periodontal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Razoável	1	4,0	4,0	4,0
Muito Importante	11	44,0	44,0	48,0
Extremamente Importante	13	52,0	52,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Restauração Dentária

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pouco Importante	7	28,0	28,0	28,0
Razoável	10	40,0	40,0	68,0
Muito Importante	6	24,0	24,0	92,0
Extremamente Importante	2	8,0	8,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Branqueamento Dentário

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Razoável	1	4,0	4,0	4,0
Muito Importante	8	32,0	32,0	36,0
Extremamente Importante	16	64,0	64,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Extracção Dentária

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Razoável	6	24,0	24,0	24,0
Muito Importante	10	40,0	40,0	64,0
Extremamente Importante	9	36,0	36,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Cirurgia Oral (Excepto Extracção Dentária)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Razoável	4	16,0	16,0	16,0
Muito Importante	12	48,0	48,0	64,0
Extremamente Importante	9	36,0	36,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Tratamento Endodôntico Não-Cirúrgico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pouco Importante	9	36,0	36,0	36,0
Razoável	11	44,0	44,0	80,0
Muito Importante	5	20,0	20,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Prótese Dentária Removível

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pouco Importante	6	24,0	24,0	24,0
Razoável	12	48,0	48,0	72,0
Muito Importante	7	28,0	28,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Prótese Dentária Fixa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pouco Importante	5	20,0	20,0	20,0
Razoável	9	36,0	36,0	56,0
Muito Importante	10	40,0	40,0	96,0
Extremamente Importante	1	4,0	4,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

Implantes Dentários

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Razoável	3	12,0	12,0	12,0
Muito Importante	10	40,0	40,0	52,0
Extremamente Importante	12	48,0	48,0	100,0
Total	25	100,0	100,0	

